



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores relacionados al acceso de la atención
prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-
Chancay 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTOR:

Br. Nancy Haydee Burgos López

ASESOR:

Mgtr. Lauro Marco Rivera Felix

SECCIÓN

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de los servicios de la salud

PERÚ - 2017

Página del jurado

Mgtr. Blanca Rodriguez Rojas

Presidente

Mgtr. Juan Manzaneda Gutierrez

Secretaria

Mgtr . Lauro Marco Rivera Felix

Vocal

Dedicatoria

A Dios que guía mis pasos día a día,
a mis padres por el apoyo incondicional,
a mi esposo por ser un gran compañero
y a mi hijo por su amor.

Agradecimiento

A mis padres, esposo e hijo por su apoyo incondicional para lograr mis objetivos

A los directivos de la Red de Salud Huaral-Chancay por las facilidades que me brindaron al momento de la aplicación del trabajo de investigación

Al Mgtr. Lauro Marco Rivera Félix, por su asesoramiento en la realización de la tesis

Declaración jurada

Yo, Nancy Haydee Burgos López, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 43110660, con la tesis titulada “Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
 - 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
 - 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
 - 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
- De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, febrero 2016

Nancy Haydee Burgos López

DNI 43110660

Presentación

La presente tesis titulada “Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”, tiene como finalidad determinar la relación entre los factores personales, sociodemográficos y geográficos y el acceso a la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud.

El presente trabajo de investigación, en su estructura, está conformado por los siguientes capítulos: (a) introducción, (b) marco metodológico, (c) resultados, (d) discusión, (e) conclusiones, (f) recomendaciones, (g) referencias y (h) apéndices.

Esta investigación pretende identificar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay con la finalidad de establecer una base de conocimientos para elaborar propuestas de mejora e intervenciones para incrementar las coberturas de atención prenatal y contribuir a la reducción de la mortalidad materna en la Red de Salud Huaral-Chancay.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora

Índice

	Página
Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Declaración jurada	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen.....	x
Abstract	xi
I. Introducción.....	12
1.1. Antecedentes	13
1.2. Bases teóricas y fundamentación científica	22
1.3. Justificación	28
1.4. Problema.....	29
1.5. Hipótesis	32
1.6. Objetivos	32
II. Marco metodológico.....	33
2.1. Variables	34
2.2. Operacionalización de variables	37
2.3. Metodología.....	38
2.4. Tipo de estudio	38
2.5. Diseño	38
2.6. Población y muestra de la investigación.....	39
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
2.8. Métodos de análisis de datos	42
III. Resultados	43
IV. Discusión.....	57
V. Conclusiones	61
VI. Recomendaciones.....	63
VII. Referencias	65
Apéndice	73

Índice de tablas

	Página
Tabla 1. Operacionalización de la variable factores relacionados	37
Tabla 2. Operacionalización de la variable acceso a la atención prenatal.....	38
Tabla 3. Gestantes atendidas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2014.....	40
Tabla 4. Cálculo Estadístico de la Muestra	40
Tabla 5. Distribución de frecuencias de los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015	44
Tabla 6. Tabla de frecuencias de los factores sociodemográficos de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.....	45
Tabla 7. Distribución de frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015.....	46
Tabla 8. Tabla de frecuencias de los factores personales de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.....	47
Tabla 9. Distribución de frecuencias de los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015	49
Tabla 10. Tabla de frecuencias de los factores geográficos de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.....	50
Tabla 11. Distribución de frecuencias del acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015	51
Tabla 12. Frecuencias del acceso a la atención prenatal de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.....	52
Tabla 13. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov ^a	53
Tabla 14. Prueba de correlación de las variables factores personales y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.	54
Tabla 15. Prueba de correlación de las variables factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.....	55
Tabla 16. Prueba de correlación de las variables factores geográficos y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.	56

Índice de gráficos

Página

Figura 1. Niveles de frecuencias sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	44
Figura 2. Frecuencias de los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	46
Figura 3. Niveles de frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	47
Figura 4. Frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	48
Figura 5. Niveles de frecuencias geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	49
Figura 6. Frecuencias de los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	50
Figura 7. Niveles de frecuencias del acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	51
Figura 8. Frecuencias del acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.....	52

Resumen

La presente tesis “Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”, tiene como objetivo determinar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal. La metodología fue el enfoque cuantitativo, el diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra fue de 110 personas. Para la recolección de datos se aplicaron dos técnicas de recolección de datos, la observación documental de la historia clínica para verificar las atenciones prenatales y la entrevista a través de un cuestionario para la indagación de los factores relacionados. Para el análisis de las variables se ha utilizado el programa SPSS versión 21. Asimismo, se obtuvo los porcentajes en tablas y gráficos para presentar la distribución de los datos. Para la demostración de la hipótesis se realizó con la prueba Rho Spearman para determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

Los principales resultados fueron: la mayoría de la población encuestada fue joven y adulta (86,4%), de idioma castellano (98,2%), tipo de seguro SIS (87,3%), la mayoría tenía un seguro previo a la gestación (65,5%). En cuanto a los factores personales la mayoría no planificó su embarazo (64,5%), decide sobre el uso de método anticonceptivo (86,4%), olvida sus citas (71,8%), tiene dificultad para el cuidado de los hijos (94,5%) y poco apoyo de la pareja (85,5%). En los factores geográficos la mayoría vive a una distancia del establecimiento de salud menor de 60 minutos (90,9%) y se traslada con una movilidad (59,1%). En la variable acceso de la atención prenatal el 60,9% tuvo una atención oportuna antes de las 13 semanas y el 80% tuvo una cobertura adecuada mayor a seis atenciones prenatales. En cuanto a la correlación de variables no se encontró relación significativa. Se concluye que no existe relación entre los factores personales, sociodemográficos y geográficos y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral Chancay.

Palabra clave: factores relacionados, acceso atención prenatal, atención prenatal.

Abstract

This thesis "Factors related to access to prenatal care in the puerperals of the Health Network Huaral-Chancay 2015", aims to determine the factors related to access to prenatal care. The methodology was the quantitative approach, the non-experimental, transversal, correlational design. The sample was 110 people. For data collection, two data collection techniques were applied, the documentary observation of the clinical history to verify the prenatal care and the interview through a questionnaire for the investigation of the related factors. The SPSS program, version 21, was used for the analysis of the variables. Likewise, the percentages were obtained in tables and graphs to present the distribution of the data. For the demonstration of the hypothesis, it was performed with the Rho Spearman test to determine the relationship between the two variables at a confidence level of 95% and significance of 5%.

The main results were: the majority of the surveyed population was young and adult (86.4%), of Castilian language (98.2%), type of SIS insurance (87.3%), most of them had insurance before gestation (65.5%). Regarding personal factors, most did not plan their pregnancy (64.5%), decide on the use of contraceptive method (86.4%), forget their appointments (71.8%), have difficulty in caring for children (94.5%) and little support from the couple (85.5%). In geographic factors, most live at a distance from the health establishment of less than 60 minutes (90.9%) and move with a mobility (59.1%). In the access variable of prenatal care, 60.9% had timely care before 13 weeks and 80% had adequate coverage greater than six antenatal care. Regarding the correlation of variables, no significant relationship was found. It is concluded that there is no relationship between personal, sociodemographic and geographic factors and access to prenatal care in the puerperals of the Huaral Chancay Health Network.

Keyword: related factors, access prenatal care, prenatal care.

I. Introducción

A nivel mundial el cuidado de la salud materna es una prioridad, por ello las políticas públicas están orientadas a mejorar y optimizar los resultados del embarazo, parto y puerperio con el objetivo de prevenir las complicaciones de esta etapa y obtener un recién nacido en buenas condiciones. Asimismo, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, debido que las limitaciones en el acceso a los servicios de salud reproductiva incrementa la tasa de mortalidad materna y perinatal.

Uno de los principales problemas sanitarios del Perú es la alta razón de mortalidad materna sobre todo en las zonas más pobres y excluidas de nuestro país. Una de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna es incrementar el acceso a la atención prenatal para prevenir los riesgos durante el embarazo y parto. En este contexto, el Ministerio de Salud del Perú en el Plan Nacional Concertado de Salud establece como lineamiento de política nacional la atención integral de la salud de la mujer, fortaleciendo las actividades de prevención y promoción de la salud.

El conocimiento de los factores relacionados al acceso de la atención prenatal nos ayudará a evidenciar las grandes brechas que existe en cuanto a equidad social y de género presentes en nuestro país y la necesidad de políticas encaminadas a cerrar estas brechas, teniendo en cuenta la diversidad cultural, lingüística y económica del Perú.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal y proponer estrategias de acuerdo a la realidad local para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en la Red de Salud Huaral-Chancay.

1.1. Antecedentes

Los antecedentes considerados para el estudio fueron: 19 antecedentes internacionales y 6 nacionales. Asimismo, se realizó la búsqueda de trabajos de investigación realizados a nivel local en la provincia de Huaral y no se encontró antecedentes relacionados con la investigación.

1.1.1. Antecedentes internacionales

La tesis de Malangón (2015) “Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal, Casanare, Colombia–2011”, el objetivo fue identificar los factores que mostraron asociación con la atención prenatal en Yopal, la metodología fue observacional de prevalencia analítica, muestreo no probabilístico por conveniencia, con un tamaño de muestra de 621. Los resultados obtenidos fueron el 15% de las gestantes tuvieron adherencia al control prenatal, los factores asociados estadísticamente con la adherencia al control prenatal fueron: en las variables de aseguramiento el régimen contributivo; en las variables de antecedentes obstétricos se encontró asociación con la edad gestacional de inicio del control prenatal y los antecedentes de abortos; en las variables económicas el apoyo económico del esposo; en los factores psicosociales el embarazo planeado, soporte de la familia y el compartir tiempo con la pareja mostraron asociación significativa. Se concluyó que se debe fortalecer aún más los programas de promoción de la salud enfocados en actividades para mejorar la salud materna.

Rivera, Carvajal, Mateus, Arango y Valencia (2014) en la investigación “Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal realizado en Cali, Colombia”, los autores usaron la metodología de casos y controles, contaron con una muestra de 823 gestantes. Se aplicó un cuestionario a las gestantes y otro al personal de enfermería. En este estudio se encontró que la tramitología es una barrera de acceso, así como no contar con carnet de salud. Los autores concluyeron que los planes de mejora de la calidad de atención prenatal deben considerar fundamentalmente aspectos como buen trato, respeto y la empatía además de procesos de seguimiento para la mejora continua.

López, Silva y Sarmiento (2014) en la investigación “Autonomía femenina y factores asociados al uso de servicios maternos en Colombia”, el objetivo fue analizar los factores asociados al uso de los servicios prenatales como natales, utilizaron un modelo de regresión logística binaria con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010. Se concluyó que existen limitaciones para el acceso de servicios maternos en mujeres de áreas rurales. Por otro lado, existe mayor probabilidad de usar los servicios maternos en las mujeres que

tienen educación superior y las que muestran participación en las decisiones sobre su salud y el uso de métodos anticonceptivos.

Scozia, Leiva, Garrido y Leiva (2014) en la investigación “Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas (Chile)”, el objetivo fue identificar las barreras de acceso a una atención de calidad en cuanto a las diversas interacciones que existe entre las usuarias inmigrantes peruanas y los funcionarios del sistema de atención materno-infantil. El estudio fue cualitativo, se realizó 13 entrevistas a inmigrantes peruanas y 13 entrevistas a funcionarios en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central. Los resultados encontrados fueron: los factores obstaculizadores para el acceso de atención son el desconocimiento del funcionamiento y la falta de información de las instituciones. Asimismo, en las usuarias peruanas, no se constató, diferencias culturales significativas, en cuanto a las prácticas médicas.

Deeb, Olavarrieta, Juárez, García y Villalobos (2013) en el estudio “Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso”. El objetivo fue identificar la experiencia de migrantes mexicanas en Yolo California en cuanto a la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva. El diseño fue cualitativo-interpretativo. Se utilizaron 8 historias de vida y 7 entrevistas breves con informantes clave. Los autores concluyeron que la condición migratoria, el idioma y género son las principales barreras para el acceso a los servicios de salud.

Córdoba, Escobar y Guzmán (2012) en el estudio “Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009”, el objetivo fue identificar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre de gestación. El estudio fue de casos y controles. La muestra fue de 139 casos y 149 controles. Se encontró que el nivel educativo superior es un factor protector y que a mayor número de embarazos (4 a 6) se incrementa el riesgo de inicio tardío de atención prenatal. Los investigadores concluyeron que el embarazo en adolescente, bajo nivel educativo, mujeres con 4 a 6 embarazos previos son los principales factores asociados con la inasistencia al control prenatal en el primer trimestre de gestación.

Lasso (2012) en el artículo de investigación Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? realizado en Colombia, el objetivo fue identificar la relación entre los cuidados gestacionales que recomienda el sistema de salud y los cuidados gestacionales que realizan las gestantes. El estudio fue cualitativo, se realizaron cinco grupos focales, dos con el personal de salud de la Fundación El Amparo del municipio de Candelaria en el Valle y tres con 80 gestantes que participan en el curso de psicoprofilaxis del control prenatal. Los resultados fueron que la creencia más predominante es la relacionada con la nutrición y el peso de la gestante. Asimismo, no siguen la programación de las interconsultas con otros profesionales de la salud. También se menciona como otras barreras la económica y la dificultad de obtener permiso en el trabajo para acudir a su cita. El autor concluyó que se debe reconocer la importancia de las creencias y su influencia en los cuidados del embarazo, así como escuchar y comprender desde el punto de vista de las gestantes, cuales son los problemas de calidad de atención.

Bravi, Rodrigo y Santillan (2012) en su artículo “Características de los controles prenatales de pacientes puérperas internadas en el hospital Dr. José R. Vidal” de Argentina”, el objetivo del estudio fue describir las características de los controles prenatales en las pacientes post parto del Hospital “Dr. José R. Vidal”. El estudio fue descriptivo, con una población de 147 puérperas, la recolección de datos fue a través de las historias clínicas. Los resultados fueron que el 70% de las gestantes tuvieron más de 5 atenciones prenatales; el 75% un control periódico; el 36% fueron controles insuficientes y el 4% no controlados. Concluyeron que es muy elevado el porcentaje de controles prenatales inadecuados.

Martínez et al. (2011) en el artículo científico “Nacionalidad y uso inadecuado de la atención prenatal según índices estandarizados, en una población multiétnica al sur de España”. El objetivo del estudio fue cuantificar el uso de la atención prenatal en una zona con alta población extranjera e identificar la asociación entre el país de origen y la utilización inadecuada de los cuidados prenatales. El estudio fue retrospectivo. La muestra fue de 6873 mujeres parturientas durante el 2005 y 2007. Los resultados fueron que el 42% de eran de nacionalidad extranjera y el 58% española. Asimismo, el porcentaje de gestantes

que realizan una utilización de cuidados prenatales inadecuados según el Índice de Adecuación de la Atención Prenatal es del 17%, en las extranjeras es de 29.6% superior que las españolas con un 7.2%. Concluyeron que la atención prenatal inadecuada tiene mayor frecuencia en las gestantes de otras nacionalidades distinta a la española.

Vijil (2011) en su investigación “Estudio sobre barreras de demanda y oferta en Nicaragua”, el objetivo fue recopilar la información sobre las barreras de los pueblos indígenas para mejorar el acceso y uso de los servicios de salud materno infantil en dos municipalidades de Nicaragua. El estudio fue cualitativo, con 12 grupos focales con población indígena y no indígena de dos municipalidades de San José de Bocay y Tuma La Dalia. Se concluyó que las principales barreras fueron las económicas (costo del transporte, alojamiento y alimentación en las casas maternas) geográficas (ausencia de transporte, poca accesibilidad), culturales (costumbre de acudir con la partera) y de atención (la ausencia de médico y medicinas).

En la tesis de investigación de Méndez de la Torre (2011) “Como mejorar el acceso a servicios de salud maternos infantiles en el Ecuador”. El objetivo del estudio fue analizar a nivel nacional los determinantes del acceso de los servicios de salud maternos. La fuente de información fue la base de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2005-2006 elaborada por el INEC en Ecuador. Se concluyó que los determinantes de acceso a servicios de salud maternos coinciden en su mayoría con los determinantes de acceso a servicios de salud generales.

Moya, Guiza y Mora (2010) en la investigación “Ingreso temprano al control prenatal en la unidad materno infantil”, el objetivo fue identificar las variables para el ingreso temprano al control prenatal. El estudio fue descriptivo, transversal. La muestra fue de 160 pacientes que se encontraban internadas en la unidad intermedia Santa Teresita. Los resultados fueron que el 81% de las pacientes iniciaron su control en el I trimestre de gestación. Concluyeron que cuando los controles prenatales tienen un número suficiente y se realizan de manera precoz, se puede disminuir la mortalidad perinatal.

Mejía, Sánchez y Tamayo (2007) en la investigación “Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia”; el objetivo fue analizar los principales determinantes que inciden en la equidad en el acceso a servicios de

salud. La metodología fue descriptiva, se utilizó la base de datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2003. Los resultados fueron que las personas del percentil superior del gasto cuentan en su mayoría con un régimen contributivo y la mitad de las personas del percentil inferior no cuenta con ningún tipo de seguro. Asimismo, reportan que en la población afiliada no existen diferencias en la probabilidad de acceder a una institución de salud. Los investigadores concluyeron que los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos son la edad, el nivel educativo y la afiliación a la seguridad social.

Aguado, Girón, Osorio, Tovar y Ahumada (2007) en la investigación “Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano”, el objetivo del estudio fue analizar los determinantes en el uso de servicios de atención prenatal, parto y post natal. Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Los investigadores concluyeron que el tipo de afiliación, el orden de nacimiento, el nivel de educación de la madre y el lugar de residencia son los indicadores que más incidencia tienen con el uso de los servicios de salud maternos.

Báscolo, Yavich y Urquía (2007) en su investigación “Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales”, el objetivo fue determinar la asociación entre las condiciones locales de gestión de los establecimientos de salud y la utilización de servicios prenatales. La metodología del estudio fue transversal, se utilizó una muestra de la encuesta poblacional de dos municipios de Buenos Aires. Los resultados del estudio fueron que las capacidades de gestión local son completas y el menor ingreso familiar estuvo asociado con una mayor utilización de servicios prenatales. Los investigadores concluyeron que en una población de bajos ingresos, las capacidades locales de gestión son un factor predictivo para la utilización de servicios prenatales.

Cano, Rodríguez, Borrell, Pérez y Salvador (2006) en la investigación “Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo”, cuyo objetivo fue describir las desigualdades socioeconómicas en las gestantes de Barcelona en cuanto a los cuidados y el control durante el

embarazo. El estudio fue transversal. La muestra fue de 2229 gestantes que tuvieron un hijo sin anomalías congénitas. Los resultados fueron que la mayoría de gestantes con ocupaciones no manuales realizan más de 12 controles prenatales, por otro lado la mayoría de gestantes con ocupaciones manuales realizan menos de 6 controles, acuden tardíamente a su primer control prenatal (después del primer trimestre) y tienen menor probabilidad de realizar alguna prueba invasiva diagnóstica, tomar suplementos de ácido fólico, planificar un embarazo, no fumar y abandonar el tabaco. Concluyeron que existen diferencias en el cuidado y el control del embarazo, en las gestantes con ocupaciones manuales y no manuales.

Tamez, Valle, Eibenschutz y Méndez (2006) en la investigación “Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal”, el objetivo fue adaptar el modelo de Andersen y realizar una propuesta que permita evaluar el efecto de factores socioeconómicos en el acceso a la atención prenatal en México. La muestra fue de 663 casos. Los principales resultados fueron que para los 3 estratos socioeconómicos (alto, medio y bajo) la escolaridad y el apoyo social fueron las variables mediadoras más importantes. En el estrato bajo las principales variables fueron la escolaridad y la seguridad social y en el estrato alto el bolsillo y apoyo social. Concluyeron que el nivel socioeconómico actúa como variable predisponente para el acceso de la atención prenatal en los tres estratos.

Reynolds, Wong y Tucker (2006) en la investigación “Uso de los servicios de salud materno infantil por las adolescentes en los países en desarrollo”, el objetivo fue examinar el nivel de uso de los servicios de atención prenatal, parto e inmunizaciones de las adolescentes en comparación con las de mayor edad. Se utilizó la base de las Encuestas Demográficas y de Salud correspondiente a 15 países en desarrollo. Los resultados fueron que solo en 5 de los 15 países evaluados se encontró que las adolescentes eran menos proclives a usar los servicios maternos e inmunizar a sus hijos en comparación con las de mayor edad. Los investigadores concluyeron que en la mayoría de países evaluados el uso de los servicios de salud materno infantil no varía de acuerdo con la edad de la madre. Para el caso de Asia se recomienda

Chavez y Casanueva (2005) en la investigación “Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas”, el objetivo fue identificar los factores que influyen en el uso de los servicios

maternos. El estudio fue analítico, retrospectivo. La muestra fue de 50 mujeres en edad reproductiva de tres centros de salud. Los resultados fueron que las características sociodemográficas no presentaron diferencias significativas con el uso de los servicios maternos. Concluyeron que en el caso de la planificación del último embarazo, fue el factor que mostro diferencia significativa en el uso de los servicios maternos.

1.1.2 Antecedentes nacionales

En la tesis de Munares (2014) “Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal”, el objetivo del estudio fue analizar los factores asociados al abandono del control prenatal. La metodología fue de casos y controles, la muestra fue de 662 (331 casos y 331 controles). Los resultados mostraron que el promedio de controles prenatales, fue menor para los casos en comparación de los controles. Asimismo, los factores que tuvieron asociación con el abandono del control prenatal fueron dificultad para obtener permisos en el trabajo, dificultad para acudir al control por quehaceres domésticos, consultorio prenatal difícil de ubicar y calidad inadecuada del control prenatal. El investigador concluyó que existen factores asociados al abandono de los controles prenatales (sociales, institucionales y personales).

Zafra, Retuerto, Carrasco y Paredes (2014) en su investigación “Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo, Lamas”. El objetivo del estudio fue identificar las barreras que existen para el acceso a la atención prenatal y parto institucional. El estudio fue transversal. La muestra fue de 28 mujeres que pertenecían a 4 anexos del distrito de Lamas. Entre los resultados se encontró que el 95.8% de las gestantes son controladas y el 72% realizó un control prenatal oportuno antes de las 12 semanas. El 7,6% de las gestantes controladas tuvo parto en su domicilio, de ellas el 47,8% había tenido antecedente de parto domiciliario. El 79.2% de las gestantes acudió a pie al establecimiento de salud más cercano, siendo el tiempo máximo que tardan de 120 minutos, el 20.8% de gestantes se trasladó en carro generando un gasto de transporte entre 0 a 30 nuevos soles. Los investigadores concluyeron que los factores geográficos y económicos son barreras que afectan las coberturas de las atenciones prenatales y el parto institucional.

El Ministerio de Salud del Perú a través de la Dirección General de Epidemiología (2012) realizó el estudio de “Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú” se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO 2011. Entre las conclusiones más relevantes se observó que las personas que viven en zonas urbanas y las menos pobres tienen mayor probabilidad de buscar atención que las personas que viven en zonas rurales y más pobres. Asimismo, los más pobres, los que viven en zonas rurales, los que no cuentan con seguro que padecen alguna enfermedad tienen menos probabilidad de acceder a medicamentos, exámenes auxiliares u hospitalizarse. En cuanto a las barreras de entrada las manifestadas con mayor frecuencia por los pobres extremos, personas procedentes de zonas rurales y los que no tienen seguro fueron las relacionadas con el ingreso económico y la inaccesibilidad geográfica.

En la tesis de Valdivia (2012) “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - ESSALUD – 2011”. El objetivo fue determinar si existe asociación entre algunos factores y el abandono al control prenatal. El estudio fue de casos y controles, la muestra fue de 334 gestantes, 167 casos y 167 controles. Los resultados más relevantes que tuvieron asociación con el abandono al control prenatal fueron los factores personales (la dificultad en el permiso en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos y olvido de citas) y los factores médicos (la consulta de baja calidad y percepción de la calidad de la atención). El investigador concluyó que existen factores personales y médicos que se asocian al abandono del control prenatal.

Arispe, Salgado, Tang, González y Rojas (2011) en la investigación “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, Lima”. El objetivo fue determinar la frecuencia y los factores asociados al control prenatal inadecuado. El estudio fue descriptivo transversal. La muestra fue de 384 puérperas. Los resultados fueron que la mayor parte de los pacientes (66,05%) tuvieron más de 6 atenciones prenatales. Asimismo, el 93% tuvo un control prenatal inadecuado y el 37% tuvo un control oportuno antes de las 12 semanas. En las puérperas con control prenatal inadecuado se encontró mayor frecuencia del factor paridad mayor a 2 y la no planificación del embarazo. Los investigadores concluyeron que el porcentaje de control prenatal inadecuado fue elevado, se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.

En la tesis de Barrera (2008) “Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007”. El objetivo fue identificar los factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes. El estudio fue descriptivo y la muestra de 206 gestantes adolescentes. Los principales resultados fueron que más de la mitad de las gestantes adolescentes inician su atención prenatal en el I trimestre de gestación (54%). Los factores que influyen en el inicio de la atención prenatal fueron el apoyo familiar, la comunicación y confianza con los padres, el estado civil, escolaridad, aceptación de la gestación, conocimientos sobre la atención prenatal, convivencia con la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo. Las conclusiones fueron que existen factores familiares, de pareja, educativos, institucionales y psicológicos que influyen en el inicio de la atención prenatal en gestantes adolescentes.

1.2. Bases teóricas y fundamentación científica

1.2.1. Factores relacionados

Un factor es un elemento o causa que actúan junto con otros (Real Academia Española, 2014). Los factores relacionados se han agrupado en factores personales, sociodemográficos y geográficos basados en la literatura encontrada.

Factores personales.

Embarazo no planificado: Es aquel que se produce sin planificación previa ante la ausencia o falla de métodos anticonceptivos. Se supone también si la mujer no tenía la intención de quedar nunca embarazada o si el embarazo se produjo cuando ya no quería tener más hijos. (Izugbara, 2014, p. 4).

En Estados Unidos, el Centros para el Control y Prevención de Enfermedades calculan que hasta la mitad de los embarazos no son planeados y hay pruebas que demuestran que éstos son los que tienen mayor riesgo. (Cunningham et al., 2006, p. 190)

Cano et al. (2006) indica que existe mayor proporción de gestantes que planifican su embarazo en las clases de mayores recursos, las clases de menos recursos no planifican su embarazo y se relaciona con un inadecuado control prenatal. Arispe et al. (2011) concluyeron que la gestación no planificada se asoció al control prenatal inadecuado. Lasso (2012) menciona que el no planificar el embarazo, es un factor que se relaciona con la poca participación de la gestante y familia en las atenciones prenatales. Vicuña (2002) concluyó que existe menos probabilidad que las gestantes acudan a su atención prenatal cuando no desearon el embarazo en comparación con las gestantes que desearon la gestación.

Paridad: Se considera primípara a la mujer que alguna vez dio a luz un feto o fetos vivos o muertos tras un embarazo con duración de 20 semanas o más y múltipara a la mujer que ha terminado 2 o más embarazos con duración de 20 semanas o más (Cunningham et al., 2006, p. 207).

Córdoba et al. (2012) concluyeron que la paridad (4 a más gestaciones previas) es uno de los factores asociados al inicio temprano de la atención prenatal. En la tesis de Munares (2011) se concluye que la multiparidad es uno de los factores que se relacionan con el abandono al control durante la gestación.

Intervalo intergenésico: Vinacur et al., (2001) define al intervalo intergenésico “como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente” (p.1). También se define al intervalo intergenesico “como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo”. (Domínguez et al., 2005)

En el documento técnico elaborado por Vicuña (2002) se concluye que el intervalo intergenésico fue mayor en las gestantes con atención prenatal que en aquellas que no tuvieron atención prenatal.

Factores sociodemográficas.

Nivel de instrucción: El nivel de instrucción es el que corresponde a la persona que alcanzó el mayor grado terminado y/o el último año de estudios (UNESCO).

López et al. (2014) menciona que el nivel educativo es un factor importantes que se relaciona con el uso de los servicios maternos. En el Perú a mayor nivel de educación mayor acceso a la atención prenatal, así lo muestra la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 donde el 99.8% de las mujeres con educación superior recibió atención prenatal por personal de salud calificado, mientras que en las mujeres sin educación solo el 92% recibió la atención calificada (p. 224).

Estado civil: En la normatividad jurídica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil podemos encontrar 4 estados. Cada uno de esos estados es representado en el Documento Nacional de Identidad con una letra. Así tenemos: Soltero, casado, viudo y divorciado. (Tantaleán, 2010)

En el documento técnico elaborado por Vicuña (2002) “Efectos de las intervenciones del estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú 1991-2000”, se concluye que el estado conyugal no unida influye en la probabilidad de acudir al control prenatal.

Idioma: Es la lengua de un pueblo o nación, o común a varios (Diccionario de la Lengua Española, 2014). Deeb et al. (2013) menciona que el idioma es una de las barreras para el acceso de los servicios de salud. En el documento técnico elaborado por Vicuña (2002) identificó que cuando la gestante habla un idioma diferente al castellano, se reduce la probabilidad de acudir al control prenatal.

Lugar de residencia: es el lugar en que se reside, casa en que se vive (Diccionario de la lengua española, 2014).

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, las mujeres que residen en área urbana tienen mayor acceso a la atención prenatal por personal calificado (98.9%) en comparación con las mujeres de área rural donde solo el 91.9% de ellas recibe atención prenatal calificada (p. 225).

Seguro de salud: El seguro de salud, es un esquema de protección a las personas ante la contingencia de enfermedad (Zerda et al., 2001). Tamez et al. (2006) en los resultados las variables más importantes relacionadas al acceso de la atención prenatal en el estrato bajo fueron la escolaridad y la seguridad social. Rivera et al. (2014) encontró que el 17.8% de las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales tardíamente no contaban con seguro social.

Seguro previo a la atención prenatal: El seguro previo a la atención prenatal se define como el seguro de atención que tenía la gestante antes de iniciar la atención prenatal. Rivera et al. (2014) menciona que las gestantes que no tenían afiliación previa al ingreso al programa de atención prenatal tenían mayor riesgo de iniciar su atención prenatal tardía comparado con las gestantes que si tenían afiliación previa.

Factores geográficos.

Distancia al establecimiento de salud: Rivera et al. (2014) menciona que la distancia hacia el establecimiento de salud puede ser una barrera para el acceso, cobertura y periodicidad de la atención prenatal. Vijil (2011) identificó como principales dificultades para el acceso las grandes distancias que tienen que viajar mujeres indígenas durante varias horas incluso hasta los dos días de camino.

Medio de transporte: El medio de transporte se considera al medio para trasladarse de un lugar a otro, ya sea a pie o en carro. Vijil (2011) menciona que en las zonas rurales las mujeres tienen que esperar horas para que pase un medio de transporte para acudir a un servicio de salud.

1.2.2. Acceso a la atención prenatal

Donabedian define al acceso de servicios de salud de acuerdo a como los servicios de salud responden a las necesidades de la población, tomando en cuenta la organización de los servicios y las restricciones geográficas (Travassos & Martins, 2004, p. 191). El Comité para el Monitoreo del Acceso a Servicios de

Salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos define al acceso de los servicios de salud como “el uso de servicios en un tiempo adecuado para obtener los mejores resultados posibles” (Castro, 2009, p. 10).

En el documento técnico Programa Estratégico Salud Materno Neonatal se establece como una de las principales intervenciones del programa para la prevención de la mortalidad materna el incremento del acceso de la atención prenatal (MEF, p. 14).

Atención prenatal.

La atención prenatal “es una serie de visitas programadas de la embarazada con los miembros del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño” (Schwarcz, Fesina y Duverges, 2005, p. 175).

Pacheco (1999) mencionó que la atención prenatal es “la evaluación frecuente y con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de la salud en una mujer gestante, vigilando el bienestar de la embarazada y el producto de la concepción” (p. 859).

En Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, define a la atención prenatal como un programa de atención integral que incluye la atención médica y apoyo psicosocial que comienza en forma óptima antes de la concepción y se prolonga durante todo el periodo que precede al parto (Cunningham et al., 2006, p. 204).

El Ministerio de Salud del Perú (2004) en el documento técnico “Guías nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva” definió a la atención prenatal como la vigilancia y evaluación integral del binomio madre niño que realizan los profesionales de la salud con el objetivo de obtener un recién nacido saludable. Asimismo, la atención prenatal debe ser oportuna, periódica, continúa e integral (p. 61).

El Ministerio de Salud del Perú (2013) en la “Norma técnica de salud para la atención integral de la salud Materna” definió a la atención prenatal reenfocada como:

La vigilancia y atención integral del binomio madre niño, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de

los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad. La atención prenatal debe iniciarse antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de actividades que permitan prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones y obtener un recién nacido saludable. (MINSA, 2013, pp. 4-10)

Oportunidad de la atención prenatal.

Se define como atención prenatal oportuna a “aquella que se produce antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones” (MINSA 2013, p. 4).

Schwarcz, et al (2005) define a la atención prenatal precoz como aquella que se inicia antes de las 13 semanas de gestación (p. 175). Por otro lado, el autor peruano Pacheco (1999) menciona que la atención prenatal será oportuna si se discierne lo patológico en el momento preciso, para modificar el manejo de la gestación en el sentido más apropiado (p.859).

Cobertura de la atención prenatal.

El Ministerio de Salud del Perú (2013) en la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna” considera una cobertura adecuada de atención prenatal si la gestante tiene al menos seis atenciones prenatales (gestante controlada), distribuidos de la siguiente manera: primera atención antes de las 14 semanas, segunda atención entre 14 y 21 semanas, tercera atención entre 22 y 24 semanas, cuarta atención entre las 25 y 32, quinta atención entre las 33 y 36 y la sexta atención entre las 36 y 40 semanas (p. 43).

Schwarcz et al (2005) menciona que la frecuencia o cobertura de atenciones prenatales depende del riesgo obstétrico de la gestante y puede variar según el tipo o gravedad del problema, siendo necesario un mayor número de atenciones prenatales en las gestantes con alto riesgo obstétrico (p. 175).

El Ministerio de Salud del Perú (2007) en el documento técnico “Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales” establece

como indicadores de resultado la cobertura de gestantes controladas que debe evaluarse con una periodicidad mensual (p. 23).

Las “Definiciones operacionales y criterios de programación 2013 del programa estratégico salud materno neonatal” del Ministerio de Salud del Perú, establece para la programación de metas físicas, la unidad de medida gestante controlada, que considera 6 atenciones prenatales como mínimo de aproximadamente 25 minutos cada una (p. 99).

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

En los Objetivos del Desarrollo del Milenio mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva es una de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna, con esta investigación se determinará cuáles son los factores involucrados que favorecen o impiden que las gestantes accedan a la atención prenatal y así establecer una línea basal de información para implementar estrategias con el objetivo de mejorar el acceso a la atención prenatal y prevenir la morbilidad y mortalidad materna en la Red de Salud Huaral-Chancay.

1.3.2. Relevancia social

Los factores relacionados al acceso de la atención prenatal no solo involucran los servicios de salud, sino también a factores sociales como la exclusión a la atención prenatal por razones de género, culturales y económicas. Por lo tanto el acceso a la atención prenatal no es sólo un problema que repercute en la salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social (Ministerio de Salud del Perú, 2009, p. 11).

El conocimiento de los factores relacionados al acceso de la atención prenatal nos ayudará a evidenciar las brechas de inequidad social y de género presentes en nuestro país y en la provincia de Huaral y la necesidad de adaptar las políticas para cerrar estas brechas de acuerdo a la realidad regional y local.

1.3.3. Implicancias prácticas

A nivel nacional existe el problema del acceso a la atención prenatal no solo al acceso oportuno antes de las 14 semanas (77%), sino en la cobertura de seis o más atenciones prenatales (87%), siendo mayor en el área urbana (89.1%) que en el área rural (80,3%) (INEI, 2014, p. 226). En la Red de Salud Huaral-Chancay los indicadores de oportunidad y cobertura de la atención prenatal en el año 2014 están por debajo del promedio nacional, ya que el 59% de las gestantes acuden antes de las 14 semanas y el 76% de las gestantes tienen seis atenciones prenatales (Informe materno perinatal 2014 - Red Huaral Chancay). Al determinar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal, se podrá establecer estrategias de mejora adecuadas a la realidad local con el objetivo de incrementar los indicadores de oportunidad y cobertura en cuanto al acceso de la atención prenatal.

1.3.4. Valor teórico

Con esta investigación se llenará un vacío de información debido que es la primera investigación de este tipo en la provincia de Huaral. Se considera necesario realizar el análisis de los factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las diversas realidades de nuestro ámbito nacional costa, sierra y selva, así como en el área rural y urbana debido que nuestro país es multilingüe y pluricultural.

1.4. Problema

La mortalidad materna como problema de derechos humanos afecta dramáticamente a las mujeres en el mundo, que repercute en sus familias y comunidades. Es obligación del estado respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal, ya que el respeto a estos derechos contribuye a combatir las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna y en asegurar que todas las mujeres, especialmente aquellas marginadas por motivos de edad, raza, etnia y situación

económica tengan un acceso efectivo a los servicios de salud (Comisión interamericana de derechos Humanos, 2010).

La Organización Mundial de la Salud considera una prioridad el cuidado de la salud materna, por ello forma parte de las políticas públicas como estrategia para prevenir la mortalidad materna y perinatal (Munares, 2014). Las Naciones Unidas (2014), en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecen como meta reducir un 75% la tasa de mortalidad materna y lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva. Para ello, han ratificado la necesidad del incremento de las coberturas y la utilización de los servicios de salud en las gestantes, como pilar fundamental para la reducción de la mortalidad materna (López, 2014).

En los países en vías de desarrollo existe aún inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a múltiples factores que dependen tanto del individuo como del sistema de salud (Curioso et al., 2013). Estas dificultades en el acceso y uso de los servicios de salud reproductiva incrementan la tasa de mortalidad materna (INEI, 2014). Diversos estudios sobre uso de servicios de atención prenatal muestran como principales factores determinantes la edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social (Tamez et al., 2006).

En el Perú el acceso a servicios de atención prenatal ha evidenciado un aumento en los indicadores a nivel nacional pero aún se observan brechas en las distintas regiones del país, así como en la zona urbana y rural. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2014) se incrementó el porcentaje de gestantes que recibieron atención prenatal por personal de salud calificado pasando de 94,5% en el 2009 a 96,9% en el 2014. La cobertura de seis y más visitas de atención prenatal se incrementó de 80,8% en el 2009 a 86,6% en el 2014, siendo mayor en el área urbana (89.1%) que en el área rural (80,3%). Por otro lado, el acceso oportuno a la atención prenatal antes de cumplir cuatro meses de embarazo es del 77,3%, pero este porcentaje varía en la zona urbana (80,2%) y rural (70,1%). En la región Lima Provincias el 99.3% recibió atención prenatal por profesional de salud calificado y el 0.7% no recibió atención prenatal. (INEI, 2015, p. 226)

En la Red de Salud Huaral-Chancay se identificó que el porcentaje de gestantes con inicio de atención prenatal durante el primer trimestre de gestación se incrementó de 56% a 59% del 2012 al 2014. Asimismo, se incrementó el número gestantes de atendidas de 2812 a 2988 en los años 2012 a 2014. Pero a pesar del incremento de los indicadores en los últimos años estos se encuentra por debajo del nivel nacional (77.3%). Por otro lado, la cobertura de la atención prenatal en las gestantes que recibieron seis atenciones fue del 76%, 80%, y 76% en los años 2012, 2013 y 2014, este indicador también se encuentra por debajo del nivel nacional (86.6%).

El presente estudio pretende identificar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay debido que los indicadores de oportunidad y cobertura de la atención prenatal se encuentran por debajo del nivel nacional según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2014). Por lo tanto, se considera relevante realizar el estudio en la provincia de Huaral con el fin de identificar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal y proponer estrategias de acuerdo a la realidad local para aportar conocimientos y mejorar la salud materna en la Red de Salud Huaral-Chancay.

1.4.1. Problema general

¿Cuáles son los factores personales, sociodemográficos y geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015?

1.4.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015?
2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015?
3. ¿Cuáles son los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015?

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación entre los factores personales, sociodemográficos y geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

1.5.2. Hipótesis específicas

1. Existe relación entre los factores personales y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.
2. Existe relación entre los factores sociodemográficos y acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.
3. Existe relación entre los factores geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

1.6.2. Objetivos específicos

1. Determinar los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.
2. Determinar los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.
3. Determinar los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

II. Marco metodológico

2.1. Variables

2.1.1. Factores relacionados

Definición conceptual.

Un factor es un elemento o causa que actúan junto con otros (Real Academia Española, 2014).

Definición operacional.

Los factores relacionados se han agrupado en factores personales, sociodemográficos y geográficos basados en la literatura encontrada.

Factores personales.

Embarazo no planificado: es aquel que se produce sin planificación previa ante la ausencia o falla de métodos anticonceptivos.

Paridad: Se considera primípara a la mujer que alguna vez dio a luz un feto o fetos vivos o muertos tras un embarazo con duración de 20 semanas o más y múltipara a la mujer que ha terminado 2 o más embarazos con duración de 20 semanas o más (Gary et al., 2006, p.117).

Intervalo intergenésico: Se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos, tomándose como parámetros la fecha en que terminó el embarazo previo y la de la última menstruación, si se trataba de una paciente con ciclos menstruales regulares o basándonos en la edad gestacional por ultrasonido extrapolando el momento en que inició el actual embarazo (Vinacur 2001, Dominguez 2005).

Decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos: Si la participante manifiesta que tiene decisión o influencia en el uso de métodos anticonceptivos (López et al., 2014).

Olvido de citas: Si la participante manifiesta que alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal porque no se acordó que tenía cita de control. (Munares, 2014).

Dificultad para el cuidado de los hijos: Si la participante manifiesta si alguna vez ha dejado de acudir a la consulta prenatal porque no pudo encontrar alguien que se quede al cuidado de sus hijos.

Poco apoyo de la pareja: Corresponde si la participante refiere que durante la gestación recibió escaso apoyo por parte de la pareja (Munares, 2014).

Factores sociodemográficos.

Edad: Tiempo en años cumplidos, para el estudio se considera adolescente 12 – 17 años, joven 18 – 29 años, adulto de 30 a más años.

Nivel de instrucción: Es el nivel de estudios alcanzados. Analfabeta, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitario.

Estado civil: Si se actualmente se encuentra soltera, casada, conviviente o viuda.

Idioma: Si la entrevistada habla castellano, quechua o ambos.

Lugar de residencia: El lugar de residencia urbano rural

Seguro de salud: Si cuenta con algún tipo de seguro, seguro integral de salud (SIS), seguridad social (ESSALUD) o ninguno.

Seguro previo a la APN: Si la puérpera tenía afiliación a un seguro previo al inicio de atención prenatal (si / no)

Factores geográficos.

Son los factores como la distancia al establecimiento de salud (Rivera et al., 2014) y el medio de transporte (Vijil, 2011).

Distancia al establecimiento de salud: Es la distancia que tarda en llegar al establecimiento de salud de su domicilio en minutos.

Medio de transporte: Es el medio de transporte más común que traslada a la entrevistada de su domicilio al establecimiento de salud. Micro, mototaxi, taxi, ambulancia, caminando.

2.1.2. Acceso a la atención prenatal

Definición conceptual.

El acceso es el uso de servicios en un tiempo adecuado para obtener los mejores resultados posibles (Castro, 2009).

Definición operacional.

El acceso oportuno es la atención prenatal que se produce antes de las catorce semanas de gestación. Se considera una cobertura adecuada si una gestante tiene al menos seis atenciones prenatales.

Oportunidad de la atención prenatal.

Se define como atención prenatal oportuna a aquella que se produce idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones. (Ministerio de Salud del Perú, 2013, p. 4)

Cobertura de la atención prenatal.

Se considera una cobertura adecuada si una gestante tiene al menos seis atenciones prenatales, distribuidos de la siguiente manera: primera atención antes de las 14 semanas, segunda atención entre 14 y 21, tercera atención entre 22 y 24 semana, cuarta atención entre las 25 y 32, quinta atención entre las 33 y 36, sexta atención entre las 36 y 40 semanas (Ministerio de Salud del Perú, 2013, p. 43).

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable factores relacionados

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Rango y valores
Factores personales	Paridad	Nominal	1 Menor o =2 2 Mayor a 2
	Periodo intergenésico	Nominal	1 < o = 24 meses 2 > a 24 meses
	Embarazo planificado	Nominal	1 Si 2 No
	Decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos	Nominal	1 Si 2 No
	Poco apoyo de la pareja	Nominal	1 Si 2 No
	Olvido de citas de la atención prenatal.	Nominal	1 Si 2 No
	Dificultad para el cuidado de los hijos o niños del hogar	Nominal	1 Si 2 No
Factores sociodemográficos	Edad	Nominal	1 Adolescente (12-17) 2 Joven y adulto (18-49)
	Lugar de residencia	Nominal	1 Urbano 2 Rural
	Idioma	Nominal	1 Castellano 2 Castellano y quechua
	Seguro de salud	Nominal	1 SIS 2 ESSALUD
	Seguro previo al inicio de la atención prenatal	Nominal	1 Si 2 No
Factores geográficos	Distancia al establecimiento de salud	Nominal	1 Menor 60 min 2 Mayor 60 min
	Medio de transporte	Nominal	1 Movilidad 2 Caminando

Tabla 2

Operacionalización de la variable acceso a la atención prenatal

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Rango y valores
Oportunidad	Inicio de atención prenatal	Nominal	1 Adecuado: Hasta 13 semanas 2 Inadecuado: Desde 14 semanas
Cobertura	N° de atenciones prenatales	Nominal	1 Adecuado: ≥ 6 atenciones prenatales 2 Inadecuado: < 6 atenciones prenatales

2.3. Metodología

El enfoque del estudio es cuantitativo. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2010) este enfoque “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

2.4. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo correlacional. Los estudios correlacionales tienen como finalidad “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández et al., 2010, p. 81).

2.5. Diseño

El diseño del estudio es no experimental, transversal, correlacional. Según Hernández et al. (2010) los estudios no experimentales son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p.149).

En los diseños de investigación transversal o transeccional la recolección de datos es en un solo momento, en un tiempo único. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2010, p.151).

Los diseños transversales correlacionales describen relaciones entre dos o más categorías o variables en un tiempo determinado, ya sea en términos de correlación, o en función de la relación causa-efecto. (Hernández et al., 2010, p. 155)

2.6. Población y muestra de la investigación

2.6.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por las pacientes que tuvieron su parto en los hospitales de Huaral y Chancay. Se analizó el número de gestantes atendidas en la Red de Salud Huaral – Chancay en el año 2014, el total de gestantes atendidas fue 2988, distribuidas según muestra la tabla 3.

Criterios de inclusión.

- Puérpera que acepte participar en el estudio.
- Parto atendido en el hospital.
- Atenciones prenatales realizadas en la jurisdicción de la red de salud.

Criterios De Exclusión.

- Puérpera que no acepte participar en el estudio.
- Impedimento del habla
- Registros de la historia clínica incompletos

Tabla 3

Gestantes atendidas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2014

Red de Salud Huaral-Chancay	Gestantes atendidas 2014
Hospital de Huaral	888
Hospital de Chancay	539
Microred Huaral	580
Microred Peralvillo	892
Microred Acos	32
Microred Añasmayo	18
Microred Santa Cruz	16
Microred Yunguy	23
Total Red de Salud Huaral	2988

2.6.2. Muestra de estudio

El proceso de cálculo del tamaño de la muestra fue mediante la ecuación estadística de tamaño muestral que se detalla en la Tabla 4. El tamaño de la muestra del estudio fue 110 con un error de 0.05 (5%) y un nivel de confianza de 95%. Dónde:

- a) n: Tamaño de muestra calculado.
- b) N: Tamaño de la población en estudio.
- c) Z: Valor en tablas de distribución normal (Nivel de confianza de 95%)
- d) $Z=1.96$
- e) p: Proporción de éxito ($p=0.5$)
- f) q: Proporción de no éxito ($q=0.5$)
- g) e: Nivel de precisión fijado por el investigador. ($e=5\%=0.05$)

Tabla 4

Cálculo Estadístico de la Muestra

Tamaño Muestral	
Nivel de confianza (%):	95
Nivel de Significación (%):	5
Tamaño-Poblacion (N):	2988
Proporcion - éxito (p):	0.92
Proporcion NO éxito (q):	0.08
Precisión (e):	0.05
Tamaño-muestra(n):	110

Nota: Adaptado por el investigador. Hernández et al. (2010).

El tipo de muestreo que se aplicó en este estudio fue el muestreo no probabilística por conveniencia. En la muestra no probabilístico, la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la población. (Hernández, 2010, p. 176)

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicaron dos técnicas de recolección de datos. La primera fue la observación documental de la historia clínica (Valdivia, 2012) para verificar las atenciones prenatales. La segunda fue la entrevista a través del cuestionario para indagación de los factores relacionados.

Los instrumentos de recolección de datos fueron la ficha de recolección de datos de la historia clínica y el cuestionario. La ficha de recolección de datos de la historia clínica correspondió a los elementos generales de identificación de datos, se incluyeron 5 ítems la edad, número de gestaciones y paridad, periodo intergenésico, edad gestacional de las atenciones prenatales y número de atenciones prenatales. Asimismo, el cuestionario correspondió a los datos de los factores asociados al acceso de la atención prenatal. Constó de 14 ítems que evaluaba 3 factores. Factor personal (5 ítems), factor sociodemográfico (7 ítems), geográfico (2 ítems).

El tiempo de recolección de la muestra fue en el periodo de octubre y noviembre 2015. Los procedimientos para la recolección de datos fueron los siguientes:

1. Permisos: Se envió el proyecto de investigación a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Huaral y Chancay solicitando los permisos correspondientes.
2. Identificación de los casos: se identificó a las puérperas hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital de Huaral y Chancay, se procedió a visitar la cama de cada paciente, luego previa identificación se realizó la invitación verbal a participar en la investigación.
3. Consentimiento informado: las pacientes que accedieron se explicó los objetivos de la investigación, la confidencialidad de los datos se respondieron algunas preguntas y luego se procedió a la firma del consentimiento o asentimiento informado para el caso de adolescentes.

4. Aplicación de la encuesta y ficha de recolección de datos: se aplicó la encuesta bajo la técnica de la entrevista que tuvo una duración promedio de 15 minutos, luego se procedió a recolectar los datos de la historia clínica para llenar la ficha de recolección de datos.
5. Despedida: concluida la entrevista, se procedió a agradecer a la paciente por su participación.

La validación del instrumento se realizó a través de juicios de expertos. La validez de expertos “se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con expertos en el tema” (Hernández et al., 2010, p. 204).

2.8. Métodos de análisis de datos

La información fue digitada y analizada en el programa estadístico SPSS versión 21. Para la confección de los datos generales se aplicó distribución de frecuencias y porcentajes. Para la determinación de la relación entre los factores relacionados y al acceso de la atención prenatal se aplicó la prueba estadística Rho Spearman y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < .05$. Asimismo, se realizó la elaboración de gráficos para establecer la relación de los factores y el acceso a la atención prenatal.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos

3.1.1. Factores sociodemográficos

Tabla 5

Distribución de frecuencias de los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015

	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Válido	Usual	5-6	37	33,6
	No usual	7-8	73	66,4
	Total		110	100,0

Nota: Resultado SPSS.

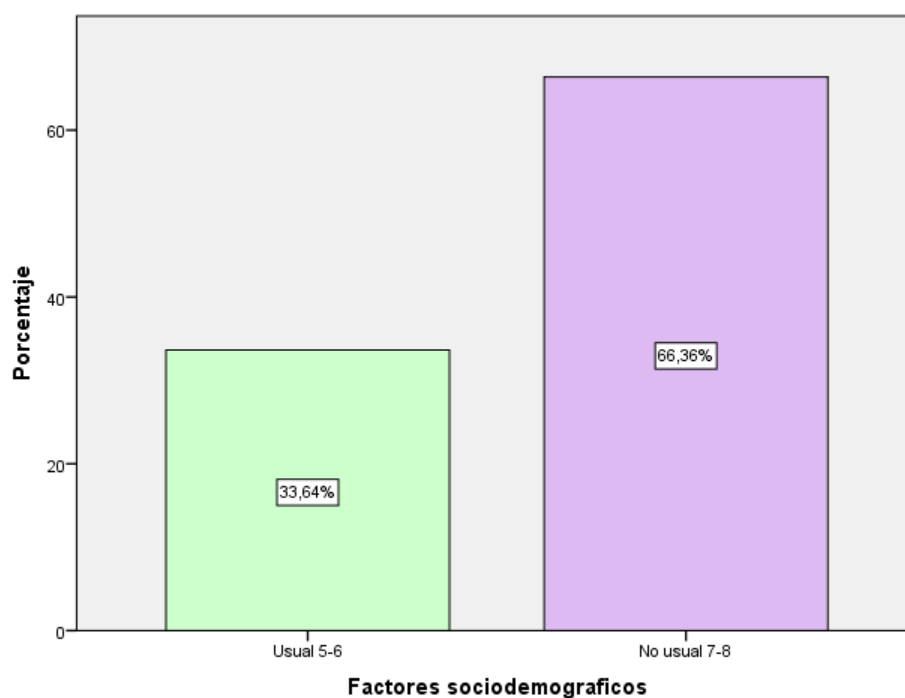


Figura 1. Niveles de frecuencias sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015

Interpretación.

En la tabla 5 y la figura 1, muestran los resultados de la procedencia de los factores sociodemográficos de las puérperas que participan en la atención predomina lo no usual con el 66.36 % y lo usual con el 33.64 %, es decir que no existe frecuencia predominante o tendencia a un determinado factor socio demográfico.

Tabla 6

Tabla de frecuencias de los factores sociodemográficos de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

Factores	Descripción	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Edad nominal	Adolescente	12-17	15	13.6
	Joven y adulto	18-59	95	86.4
Residencia	Rural		56	50.9
	Urbano		54	49.1
Idioma	Castellano		108	98.2
	Castellano y quechua		2	1.8
Tipo de seguro	SIS		96	87.3
	ESSALUD		14	12.7
Seguro previo a la APN	Asegurado		72	65.5
	No asegurado		38	34.5

Nota: Resultado SPSS.

Interpretación.

En la tabla 6 y figura 2 se observa que la edad predominante en la población estudiada fue la edad joven y adulto (18-59) con un 86.4% y la edad adolescente con un 13.6%. En cuanto al lugar de residencia el área rural tiene un 50.9% y el área urbana con un 49.1%. El idioma castellano predomina al quechua con un 98.2% y 1.8% respectivamente. El tipo de seguro más frecuente es el SIS con un 87.3% y el ESSALUD con el 12.7%. Con respecto al seguro previo a la atención prenatal, se observó que el 65.5% cuenta con seguro previo y el 34.5% no estaba asegurado previamente.

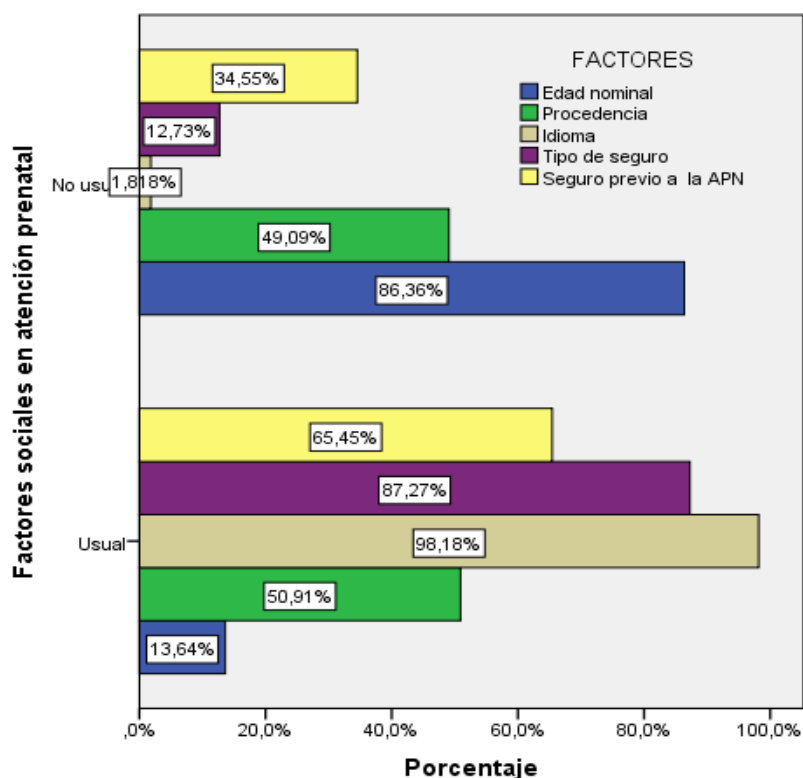


Figura 2. Frecuencias de los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las púerperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.

3.1.2. Factores personales

Tabla 7

Distribución de frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las púerperas de la Red de Salud de Huaral, 2015

	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Válido	Responsable	8-10	32	4.2
	No responsable	11-13	78	10.1
	Total		110	14.3

Nota: Resultado SPSS.

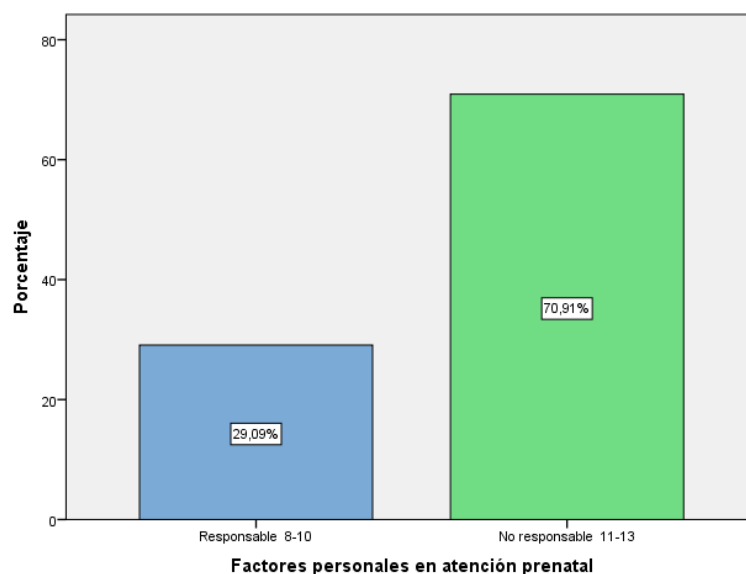


Figura 3. Niveles de frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015

Interpretación.

En la tabla 7 y la figura 3, muestran los resultados de la procedencia de los factores personales de las puérperas que participan en la atención predomina lo responsable con el 70.91 % y lo no responsable con el 29.09 %, es decir que no existe frecuencia predominante o tendencia a un determinado factor personal.

Tabla 8

Tabla de frecuencias de los factores personales de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

Factores	Baremo	Descripción	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Embarazo planificado	SI		39	35.5
	NO		71	64.5
Decisión uso métodos anticonceptivos	SI		95	86.4
	NO		15	13.6
Olvido de citas	SI		31	28.2
	NO		79	71.8
Dificultad cuidado de hijos	SI		6	5.5
	NO		104	94.5
Poco apoyo de la pareja	SI		16	14.5
	NO		94	85.5

Nota: Resultado SPSS.

Interpretación.

En la tabla 8 y figura 4 se observan los factores personales de las puérperas entrevistadas. El 64.5% tuvo un embarazo no planificado, el 86.4% decidió sobre el uso de un método anticonceptivo, el 28.2% se olvidaba de sus citas, el 5.5% tuvo dificultad en el cuidado de los hijos, el 85.5% tenía poco apoyo de su pareja, el 76.4% presentaba una paridad de 2 o menos y el 50.9% presentaba un periodo intergenésico menor o igual de 24 meses.

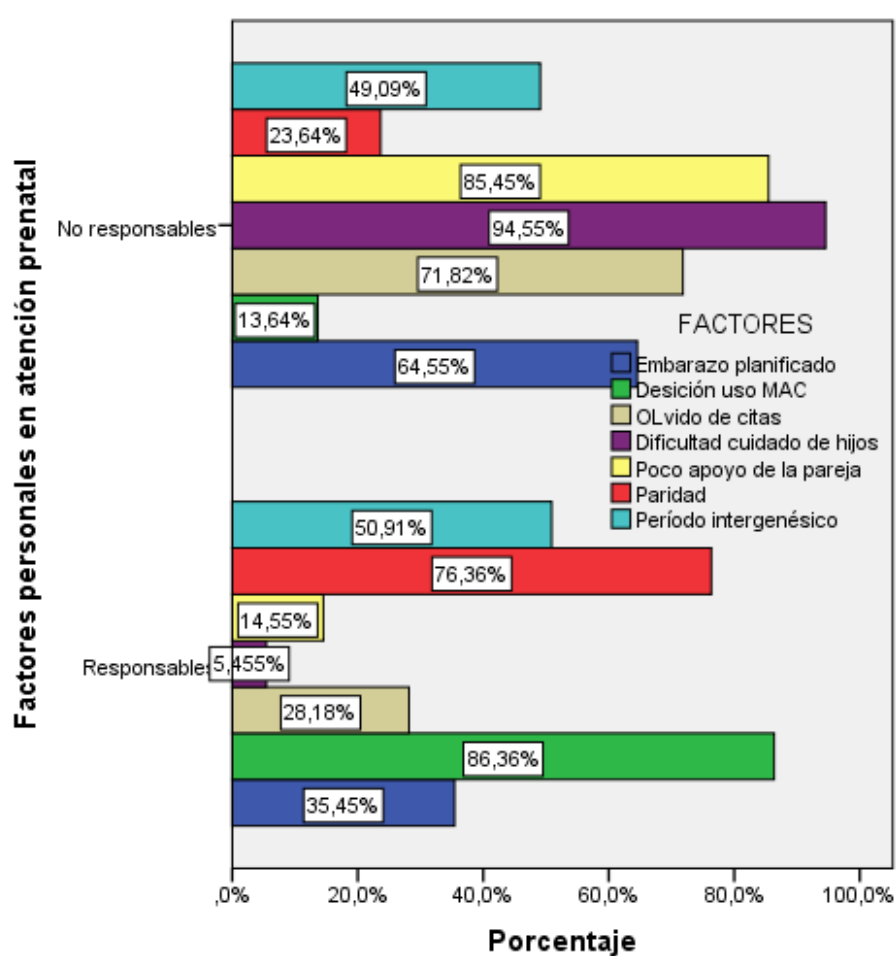


Figura 4. Frecuencias de los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.

3.1.3. Factores geográficos

Tabla 9

Distribución de frecuencias de los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015

	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Válido	Usual	2-3	106	13.8
	No usual	4-5	4	.5
	Total		110	14.3

Nota: Resultado SPSS.

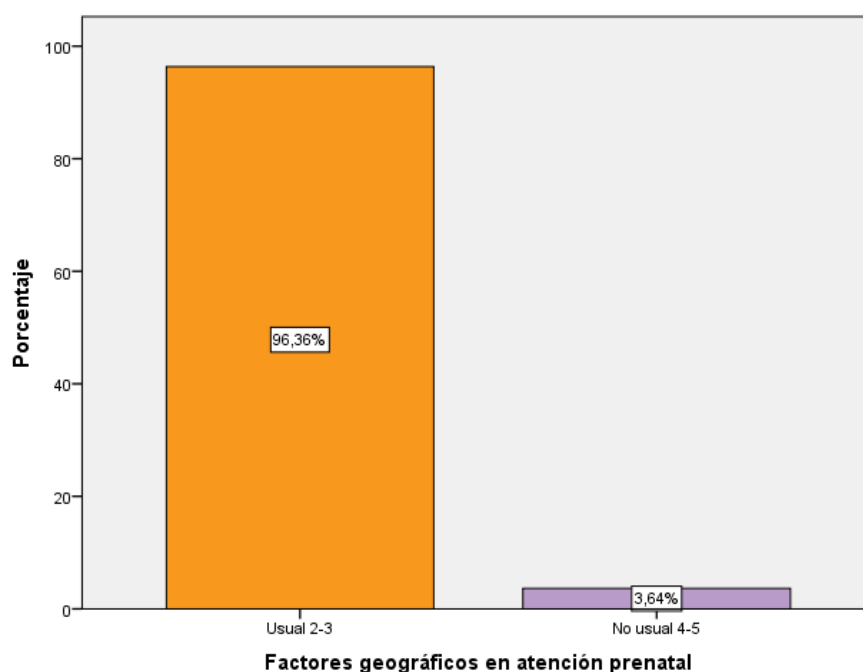


Figura 5. Niveles de frecuencias geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015

Interpretación.

En la tabla 9 y la figura 5, muestran los resultados de la procedencia de los factores geográficos de las puérperas que participan en la atención predomina lo

no usual con el 96.36% y lo usual con el 3.64 %, es decir que no existe frecuencia predominante o tendencia a un determinado factor geográfico.

Tabla 10

Tabla de frecuencias de los factores geográficos de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

Factores	Descripción	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Distancia al EESS	Menor de 60		100	90.9
	Mayor de 60		10	9.1
Medio de transporte	Movilidad(taxi, mototaxi, micro)		65	59.1
	Caminando		45	40.9

Nota: Resultado SPSS.

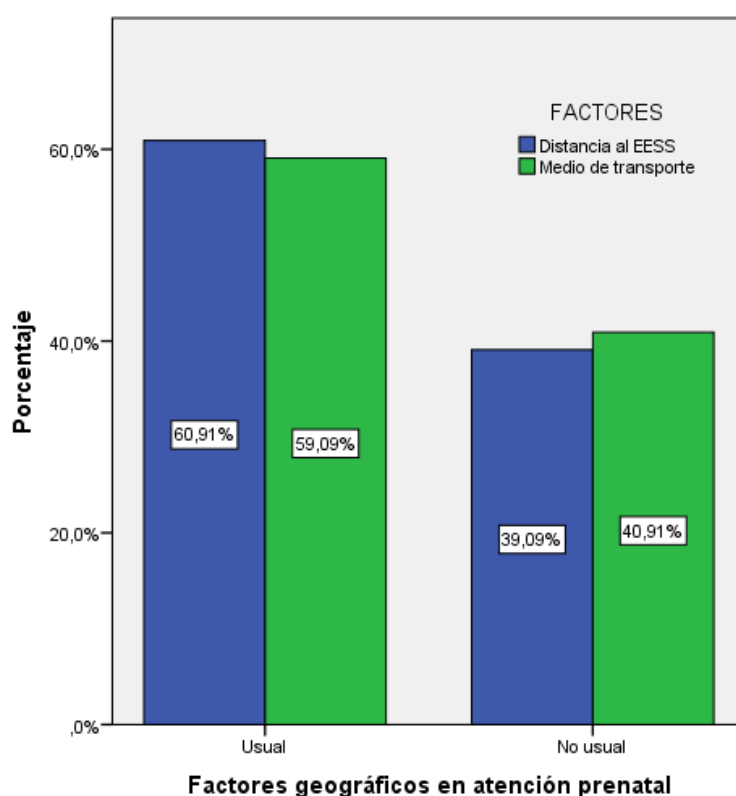


Figura 6. Frecuencias de los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.

Interpretación.

En la tabla 10 y figura 6 se observan los factores geográficos que el 90.9% de ellas vive a una distancia del establecimiento de salud menor de 60 minutos y el 9.1% vive a una distancia mayor a 60 minutos. En cuanto al medio de transporte, el 59.1% se traslada con movilidad y el 40.9% se traslada caminando.

3.1.4. Acceso a la atención prenatal

Tabla 11

Distribución de frecuencias del acceso a la atención prenatal en las púérperas de la Red de Salud de Huaral, 2015

	Nivel	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje válido (%)
Válido	Adecuado	2-3	94	12.2
	Inadecuado	4-5	16	2.1
	Total		110	14.3

Nota: Resultado SPSS.

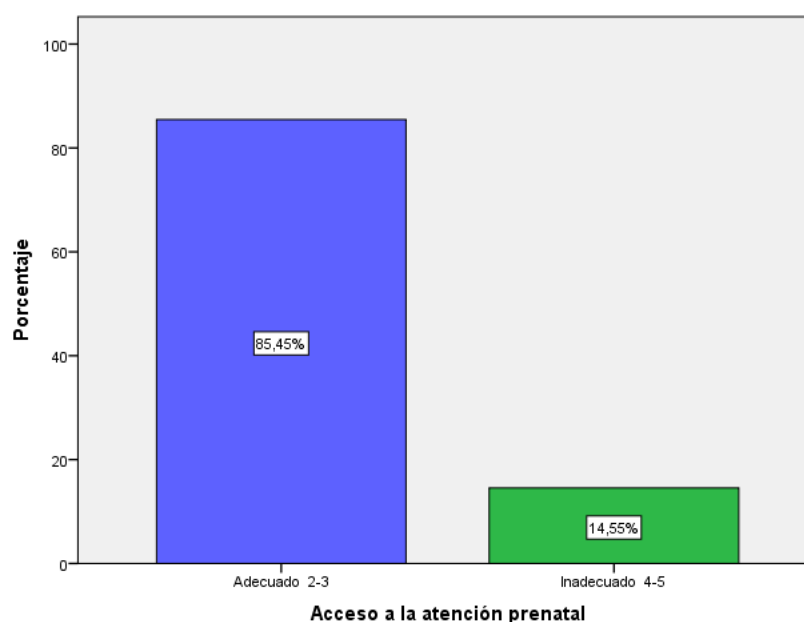


Figura 7. Niveles de frecuencias del acceso de la atención prenatal en las púérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.

Interpretación.

En la tabla 11 y la figura 7, muestran los resultados de la procedencia del acceso a la atención prenatal de las puérperas predomina lo adecuado con el 85.45% y lo inadecuado con el 14.55 %, es decir que no existe frecuencia predominante o tendencia al acceso de la atención prenatal.

Tabla 12

Frecuencias del acceso a la atención prenatal de las puérperas en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

Factores	Descripción	Baremo	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Oportunidad APN	adecuado hasta 13 ss		67	60.9
	inadecuado desde 14 ss		43	39.1
Cobertura de APN	adecuado mayor o igual 6		88	80.0
	inadecuado menor 6		22	20.0

Nota: Resultado SPSS.

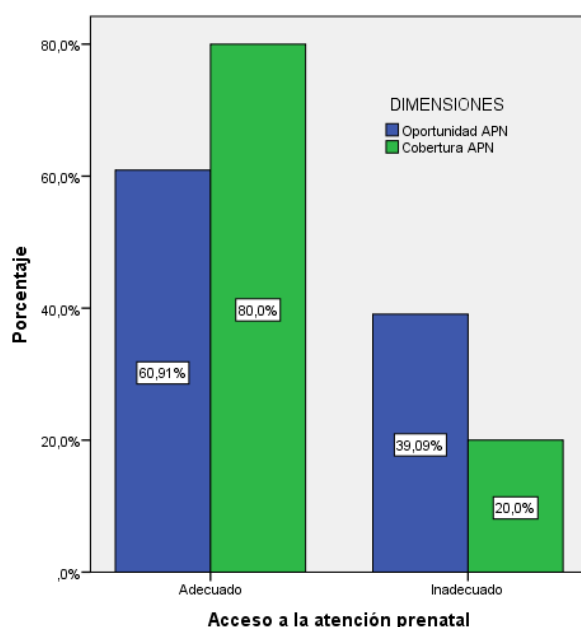


Figura 8. Frecuencias del acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud de Huaral-Chancay, 2015.

Interpretación.

En la tabla 12 y figura 8 se muestran las frecuencias de la variable acceso a la atención prenatal en sus dos dimensiones oportunidad y cobertura. Se observa que el 60.9% tiene un inicio oportuno de sus atenciones prenatales y el 39.1% un inicio tardío. Con respecto a la cobertura el 80% de las puérperas tuvo una cobertura adecuada de sus atenciones prenatales de 6 a más atenciones y el 20% tuvo una cobertura inadecuada de menos de 6 atenciones.

3.2. Resultados correlacionales

3.2.1 Prueba de normalidad

Tabla 13

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov^a

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Factores sociales	.240	110	.000	.855	110	.000
Factores personales	.246	110	.000	.901	110	.000
Factores geográficos	.333	110	.000	.705	110	.000
Acceso atención prenatal	.344	110	.000	.730	110	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnova, donde se obtuvo un nivel de significancia menor que .05 (0.000) se concluye que la distribución no es normal. Por ello, se aplicó para la pruebas de hipótesis la pruebas de Rho de Spearman.

3.2.2 Factores personales y acceso de atención prenatal

Hipótesis específica 1

H₀: No existe relación entre los factores personales y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

H₁: Existe relación entre los factores personales y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Tabla 14

Prueba de correlación de las variables factores personales y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Correlaciones		Factores personales	Acceso atención prenatal
Rho de Spearman	Factores personales		
	Coeficiente de correlación	1.000	.005
	Sig. (bilateral)	.	.962
	Acceso atención prenatal		
	Coeficiente de correlación	.005	1.000
	Sig. (bilateral)	.962	.
	N	110	110

Nota: Resultado SPSS

Interpretación.

Según los resultados de la tabla 13, donde el coeficiente de correlación es de .005 indica la correlación es casi nula y con el p valor de $p = .962 > \alpha: .05$ permite aceptar la hipótesis nula y aceptar que no existe correlación entre los factores personales con el acceso a la atención prenatal; por lo que se infiere: “No existe relación entre los factores personales y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”.

3.2.3 Factores sociodemográficos y acceso de atención prenatal

Hipótesis específica 2

H_0 : No existe relación entre los factores sociodemográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

H_1 : Existe relación entre los factores sociodemográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Tabla 15

Prueba de correlación de las variables factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Correlaciones		Factores sociales	Acceso atención prenatal
Rho de Spearman	Factores sociodemográficos	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.160
		N	.095
	Acceso atención prenatal	Coeficiente de correlación	110
		Sig. (bilateral)	.160
		N	.095

Nota: Resultado SPSS.

Interpretación.

Según los resultados de la tabla 14, donde el coeficiente de correlación es de ,160 indica la correlación es baja y con el p valor de $p = .095 > \alpha: .05$ permite aceptar la hipótesis nula y aceptar que no existe correlación entre los factores sociodemograficos con el acceso a la atención prenatal; por lo que se infiere: “No existe relación entre los factores sociodemográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”.

3.2.4 Factores geográficos y acceso de atención prenatal

Hipótesis específica 3

H_0 : No existe relación entre los factores geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

H_1 : Existe relación entre los factores geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Tabla 16

Prueba de correlación de las variables factores geográficos y el acceso a la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

Correlaciones		Factores geográficos	Acceso atención prenatal
Rho de Spearman	Factores geográficos	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.229
		N	110
	Acceso atención prenatal	Coeficiente de correlación	-.116
		Sig. (bilateral)	.229
		N	110

Nota: Resultado SPSS.

Interpretación.

Según los resultados de la tabla 15, donde el coeficiente de correlación es de -.116 indica la correlación es baja y con el p valor de $p: .229 > \alpha: .05$ permite aceptar la hipótesis nula y aceptar que no existe correlación entre los factores sociodemográficos con el acceso a la atención prenatal; por lo que se infiere: “No existe relación entre los factores geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015”.

IV. Discusión

La mortalidad materna a nivel mundial es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo que nos muestra la inequidad que existe en cuanto al acceso a los servicios de salud (MINSA, 2009, p.11). En este estudio no se encontró relación entre los factores personales, sociodemográficos y geográficos y el acceso de la atención prenatal. Sin embargo, a nivel nacional e internacional se ha identificado algunos factores que guardan relación con el acceso a la atención prenatal.

En el caso de los factores personales y su relación con el acceso a la atención prenatal, en la tesis de Malagon (2015) mostró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al control prenatal y el embarazo planificado. Asimismo, Arispe et al. (2011) encontró asociación entre control prenatal inadecuado y el embarazo no planificado. Por otro lado, Munares (2014) y Valdivia (2012) encontraron una relación entre el olvido de citas y el abandono del control prenatal. López et al. (2014) encontró que la decisión en el uso de métodos de planificación influye en la probabilidad de usar los servicios materno.

En cuanto a los factores sociodemográficos en la investigación de Rivera et al. (2014) en Colombia determinó que el 17,8% de las gestantes con atención prenatal tardía no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comparado con el 10% de gestantes con atención prenatal temprana ($p < 0,001$). Asimismo Aguado et al. (2007) en su estudio concluyó que las madres que están afiliadas a algún régimen de seguridad social en salud, presentan mayores tasas de atención materna. Asimismo, Tamez et al. (2006) en México identificó que la seguridad social es una variable mediadora en el estrato bajo para el acceso a servicios de atención prenatal. Rivera et al. (2014) en su estudio realizado en Colombia concluyó que las gestantes que no tenían afiliación previa al ingreso al programa de atención prenatal tenían el riesgo de 3.85 veces (IC 95% =2,67-5,54) de acceder tardíamente comparado con las que si contaban con afiliación.

En cuanto a los factores geográficos, en un estudio cualitativo de Vijil (2011) realizado en una zona rural de Nicaragua menciona que una de las dificultades para el acceso de la atención prenatal son las grandes distancias, las dificultades del trayecto y la falta de transporte.

Con respecto, a la variable 2 acceso de la atención prenatal en su dimensión oportunidad de la atención prenatal se identificó que el 60,9% de gestantes acudieron oportunamente antes de cumplir 14 semanas de gestación en la Red de Salud Huaral-Chancay. Asimismo, Córdoba et al. (2012) y Moya et al (2010) identificaron en Colombia que el 51,7% y 81% de las gestantes respectivamente, iniciaron su atención durante el primer trimestre de gestación. En el Perú en la Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2014 el 77,3% de las mujeres tuvieron una atención oportuna antes de cumplir cuatro meses de embarazo (INEI, 2015, p.226). En ese sentido, Arispe et al. (2011) en nuestro país identificó que el 63% de las gestantes tuvieron una atención prenatal oportuna antes del cuarto mes de gestación. De la misma manera, Zafra et al (2015) en el departamento de San Martín, Perú, identificó que el 72% de las mujeres realizaron su atención prenatal antes de las 12 semanas. Por lo tanto, la oportunidad de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay (60,9%) se encuentran por debajo del nivel nacional (77,3%) y es menor a lo encontrado por Arispe et al (2011) y Zafra et al (2015), pero supera al 51,7% reportado en Colombia por Córdoba et al. (2012).

Por otro lado, en la dimensión cobertura de la atención prenatal se encontró que el 80% de las gestantes tienen una cobertura adecuada de 6 o más atenciones en la Red de Salud Huaral-Chancay. En Colombia Moya et al. (2010) identificó que el 70% de las gestantes tuvieron de 4 o más atenciones prenatales (p. 51), siendo menor a lo encontrado en este estudio. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 en el Perú el 86,6% de las gestantes tuvieron una cobertura adecuada de seis o más atenciones prenatales (INEI, 2015, p.226). Asimismo, Arispe et al. (2011) encontró que el 66% de las gestantes tenía una cobertura adecuada de la atención prenatal, de la misma manera Zafra et al. (2015) en un departamento del interior del país encontró que el 95,8% de las gestantes tienen una cobertura adecuada de 6 o más atenciones prenatales. Por lo tanto, los resultados encontrados en la dimensión cobertura de la atención prenatal en la Red de salud Huaral-Chancay se encuentran por debajo del nivel nacional y superan a lo encontrado por Arispe et al. (2011). En el estudio de Zafra et al de una. (2015) se observan coberturas que superan al promedio nacional posiblemente por ser una población pequeña localidad de interior del país.

Cabe resaltar, que las dimensiones oportunidad y cobertura de la atención prenatal, son indicadores de desempeño que evalúa el Ministerio de Salud del Perú a los establecimientos de salud del sector, a través del Decreto Supremo 041-2014. Este decreto tiene como objetivo definir los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplirse en el año 2015, para la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, una vez cumplidos las metas e indicadores propuestos se realiza la entrega económica para incentivar y motivar al personal de la salud al servicio del estado. Asimismo, en el Plan Nacional Concertado de Salud se plantea como una de las estrategias para reducir la mortalidad materna en nuestro país, el incremento de las coberturas de la atención prenatal. (MINSA, 2007, p. 25)

Finalmente, esta investigación es un aporte que permitirá contribuir a futuras investigaciones y nuevos conocimientos respecto a los factores relacionados al acceso de la atención prenatal.

V. Conclusiones

5.1. Primera conclusión

No se encontró relación significativa entre los factores personales y el acceso a la atención prenatal.

5.2. Segunda conclusión

No se encontró relación significativa entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal.

5.3. Tercera conclusión

No se encontró relación significativa entre los factores geográficos y el acceso a la atención prenatal.

VI. Recomendaciones

En el presente trabajo se considera detallar algunas recomendaciones respecto a las variables estudiadas:

1. Ampliar la investigación científica a poblaciones de la zona sierra que por diversidad cultural y geográfica tienen particularidades en cuanto al acceso de la atención prenatal.
2. Realizar intervenciones como identificación de las mujeres en edad fértil, búsqueda activa de gestantes, participación comunitaria a través del trabajo con los agentes comunitarios para mejorar la captación oportuna de las gestantes durante el primer trimestre de gestación.
3. Difundir mensajes educativos a través de spot radiales y televisivos en temas de maternidad saludable y planificación familiar.
4. Campañas de afiliación a mujeres edad fértil para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

VII. Referencias

- Aguado Quintero, L. F., Girón Cruz, L. E., Osorio Mejía, A. M., Tovar Cuevas, L. M., y Ahumada Castro, J. R. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Recuperado el 3 de octubre 2015 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v5n1/v5n1a08>
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C., & Rojas, J. L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-160. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext
- Barrera, P. (2008). *Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007*. (Tesis para optar el título de profesional licencia en obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1156>
- Báscolo, E. P., Yavich, N., Urquía, M. L. (2007). Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 119-195. Recuperado el 03 de octubre desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54561205>.
- Bravi, M. A., Rodrigo, L., & Santillan, R. M. (2012). Características de los controles prenatales de pacientes púerperas internadas en el hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la vía Cátedra de Medicina*. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde http://med.unne.edu.ar/revista/revista213/2_213.pdf.
- Cano, G., Rodríguez, M., Borrell, C., Pérez, M. D. M., & Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-30. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- Castro, M. G. (2009). *Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007* (Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>

- Chavez, M., & Casanueva, E. (2005). Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas. *Rev. salud pública*, 7(1), 16-25. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n1/v7n1a2.pdf>
- Chirinos Oyos, J. (2011). *Perú: Patrones de Utilización de los Servicios de Salud*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/investigaciones/patrones_utiliz_serv_saludcide-2011-ok.pdf
- Comisión interamericana de derechos humanos. (2010) *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. (Informe 69). Washington, D.C. Organización de los Estados Americanos. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaterna2010.pdf>
- Córdoba, R., Escobar, L. P., & Guzmán, L. L. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. *Revista Facultad de Salud-RFS*, 4(1), 39-49. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde www.journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/567/720
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap III, L. C., & Wenstrom, K. D. (2006). *Obstetricia de Williams*. McGraw-Hill Interamericana.
- Curioso, W. H., Pardo, K., & Valeriano, L. (2013). Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(2), 175-180. Recuperado el 11 de octubre del 2015 desde <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/188/189>
- Deeb, N., Olavarrieta, C. D., Juárez, C., García, S. G., & Villalobos, A. (2013). Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. *Cad Saúde Pública*, 29, 981-91. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n5/15.pdf>
- Domínguez, L., & Vigil, P. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 32(3), 122-126. Recuperado el 11 de octubre del 2015 desde

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13076837&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=7&ty=125&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=7v32n03a13076837pdf001.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2012*. Lima. Recuperado de: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1147/Libro.pdf

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. (5ªed.). México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar, 2014*. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://ipe.org.pe/documentos/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014>

Izugbara, C. (2014). Características del hogar y el embarazo no intencional entre mujeres alguna vez casadas en Nigeria. *Medicina Social*, 8(1), 4-11. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/745>

Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?. *Pensamiento psicológico*, 10(2), 123-133. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200011&lng=en&tlng=en

López, A.R., Silva, A. C., & Sarmiento, J. A. (2014). Autonomía femenina y factores asociados al uso de servicios maternos en Colombia 2010. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 325-337. Recuperado el 3 de octubre del 2015 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a20.pdf>

Malagon Díaz, S. Z. (2015). *Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia–2011*. (Tesis para optar por el título de especialista en epidemiología). Universidad del Rosario. Bogotá D.C.. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10536/33481611-2015.pdf?sequence=1>

- Martínez, E., Olivera, M.C, Hernandez, M.D., Pozo, M.D. Amezcua, C. y Olmedo, R. (2011) *Nacionalidad y uso inadecuado de la atención prenatal según índices estandarizados, en una población multiétnica al sur de España*. En Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Instituto de Migraciones. p.p. 1511-1516. Recuperado el 3 octubre del 2015 desde dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051306.pdf
- Méndez de la Torre, J. C. (2011). *Como mejorar el acceso a servicios de salud maternos infantiles en el Ecuador*. (Tesis para obtener el título de maestría en economía con Mención en desarrollo]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Ecuador. Recuperado el 3 octubre del 2015 desde http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3112#.VhZEcOx_Oko
- Mejía, A., Sánchez, A. F., & Tamayo, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública* (Bogotá), 9(1), 26-38. Recuperado el 21 de mayo del 2015 desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. *Programa Estratégico Salud Materno Neonatal*. Recuperado el 3 noviembre del 2015 desde https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Guías nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). *Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales*. Recuperado el 3 noviembre del 2015 desde <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM142-2007.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). *Plan Nacional Concertado de Salud*. Recuperado el 11 octubre del 2015 desde http://www.minsa.gob.pe/portada/publicaciondest.asp?dest_codigo=362#
- Ministerio de Salud. (2009). *Plan estratégico nacional para la reducción de la Mortalidad materna y perinatal 2009 – 2015*. Recuperado el 3 octubre del 2015 desde <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>

- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Análisis de la demanda y acceso a servicios de salud en el Perú*. Recuperado el 21 de mayo del 2015 desde http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Documento de trabajo preliminar Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013*. Recuperado el 3 octubre del 2015 desde ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/Productos_PPR/MONITOREO_OGEI/Definiciones_Operacionales_10-07-2013.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de la salud Materna*. Recuperado el 21 de mayo del 2015 desde ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf
- Moya, D., Guiza, I. J., & Mora, M. A. (2010). Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 1(1). Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/73/78>
- Munares, O. (2014). *Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal 2011*. (Tesis para optar el Grado Académico de Magister Doctor en Ciencias de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado el 9 de mayo del 2015 desde <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3775>
- Naciones Unidas. (2014) *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2014*. Nueva york. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
- Pacheco, J. (1999). *Ginecología y obstetricia*. Lima, Perú: Mad Corp.
- Real Academia Española.(2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 12 de diciembre del 2015 desde <http://dle.rae.es/?id=KuMp7nw>
- Reynolds, H. W., Wong, E. L., & Tucker, H. (2006).Uso de los servicios de salud materno-infantil por las adolescentes en los países en desarrollo. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):6–16. Recuperado el 19 de mayo del 2015 desde <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3200606S.pdf>
- Rivera, P.T., Carvajal, R., Mateus, J., Arango, F. & Valencia, J. (2014). Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 19(1), 84-98.

Recuperado el 22 de octubre del 2015 desde
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a07.pdf>

Schwarcz, R., Fescina, R., Duverges, C. *Obstetricia* (6ta ed.) Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.

Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., & Leiva, A. (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*, (6). Recuperado el 11 de octubre del 2015 desde
<http://www.sye.uchile.cl/index.php/RSE/article/viewFile/27213/32064>

Tamez González, S., Valle-Arcos, R. I., Eibenschutz-Hartman, C. & Méndez-Ramírez, I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública de México*, 48(5), 418-429. Recuperado el 15 de mayo del 2015 desde
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es&tlng=es

Tantaleán, R. *¿Existe el estado civil de convivencia?* .Derecho y cambio social, 20(3). Obtenido 01 de febrero 2016. Recuperado el 22 de noviembre del 2015 desde
<http://www.derechoycambiosocial.com/revista020/union%20de%20hecho.htm>

Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 2), S190-S198. Recuperado el 11 de octubre del 2015 desde
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&tlng=pt.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura. (27 de noviembre de 1978) *Recomendación Revisada sobre la Normalización Internacional de las Estadísticas relativas a la Educación*. Recuperado el 12 de diciembre del 2015 desde http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13136&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Valdivia, A. (2012). *Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina - ESSALUD – 2011*. (Para optar el Grado Académico de Magíster en Derecho con mención en Ciencias Penales). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado el 22 de octubre del 2015 desde
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2954>

- Vicuña Olivera, M. (2002). *Efecto de las intervenciones del Estado en la utilización de servicios de salud maternos en el Perú, 1991-2000: cambios y factores asociados*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo. Recuperado el 22 de mayo del 2015 desde http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0583/Libro.pdf
- Vinacur, J. C., Fernández, M., Guevel, C., & Marconi, E. (2001). Intervalo interembarazo o intergenésico. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 20(1), 1. Recuperado el 22 de noviembre del 2015 desde <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>
- Vijil, M. (2011) *Estudio sobre barreras de demanda y oferta en Nicaragua, Iniciativa Salud Mesoamérica 2015*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado el 11 de octubre del 2015 desde <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38903956>
- Zafra, J. H., Retuerto, M. A., Carrasco, L. E., & Paredes, R. (2015). Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado: Pinto Recodo, Lamas. 2014. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(1), 65-66. Recuperado el 12 de diciembre del 2015 desde http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000100011&script=sci_arttext
- Zerda, A., Velasquez, G., Tobar, F., & Vargas, J. E. (2001). *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos-Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. Buenos Aires: ISALUD*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/#Jh29>

Apéndice

Apéndice A: Matriz de consistencia

Apéndice B: Ficha de recolección de datos de la historia clínica

Apéndice C: Cuestionario

Apéndice D: Consentimiento informado

Apéndice E: Asentimiento informado (adolescentes de 12 - 17 años)

Apéndice F: Consentimiento para participar en un estudio de investigación
(padres de adolescentes)

Apéndice A
Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA TÍTULO: FACTORES RELACIONADOS AL ACCESO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LAS PUÉRPERAS DE LA RED DE SALUD HUARAL-CHANCAY 2015 AUTOR: NANCY HAYDEE BURGOS LOPEZ				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	
PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuáles son los factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015? PROBLEMAS ESPECIFICOS: ¿Cuáles son los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015? ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015? ¿Cuáles son los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015?	OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015 OBJETIVOS ESPECIFICOS: Determinar los factores personales relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Determinar los factores sociodemográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Determinar los factores geográficos relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.	HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación entre los factores personales, sociodemográficos y geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015 HIPÓTESIS ESPECIFICAS: Existe relación entre los factores personales y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Existe relación entre los factores sociodemográficos y acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Existe relación entre los factores geográficos y el acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.	Variable independiente: Factores relacionados	
			Dimensi ones	Niveles o rangos
			Indicadores	Ítems
			Factores Personales	¿Su último embarazo fue planificado?
				¿Usted decide sobre el uso de métodos anticonceptivos?
				¿Ha tenido dificultades para asistir a su atención prenatal, porque no ha recibido apoyo de su pareja?
				¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, por el motivo que se ha olvidado la fecha de su cita?
				¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, porque no ha podido dejar a alguien al cuidado de sus hijos o niños del hogar?

				Paridad	Datos de la historia clínica	menor o = 2 Mayor a 2
				Periodo intergenesico	Datos de la historia clínica	menor o = 24 meses Mayor a 24 meses
			Factores Sociodemográficos	Edad	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Adolescentes 12-17 Joven y adulto 30-49
				Lugar de residencia	¿Cuál es su lugar de residencia?	Urbano Rural
				Idioma	¿Qué idioma habla?	Castellano Castellano y Quechua
				Tipo de seguro	¿Qué tipo de seguro tiene?	SIS ESSALUD
				Seguro previo al inicio de la atención prenatal	¿Tenía algún seguro de salud, antes del inicio de sus atenciones prenatales?	Si No
			Factores geográficos	Distancia al establecimiento de salud	¿Cuánto tiempo se tarda desde su casa al establecimiento de salud?	Menor 60 minutos > 60 minutos
				Medio de transporte	¿Cuál es el medio de transporte que usa desde su casa al establecimiento de salud?	Movilidad Caminando

			Variable dependiente: acceso de la atención prenatal			
			Dimensi ones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Oportuni dad	Inicio de atención prenatal	Datos de la historia clínica	Adecuado: Hasta 13 semanas Inadecuado: > o = 14 semanas
			Cobertur a	Nº de atenciones prenatales	Datos de la historia clínica	Adecuado: > o = 6 atenciones prenatales Inadecuado: Hasta 5 atenciones prenatales
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR:			
TIPO: Correlacional DISEÑO: No experimental, transversal	<p>Estuvo conformada por las pacientes que tuvieron su parto en los hospitales de Huaral y Chancay. La población total se consideró 2988 gestantes atendidas en la Red de Salud Huaral Chancay en el año 2014.</p> <p>TIPO DE MUESTRA:</p> <p>Para el cálculo de la muestra se usó la ecuación estadística de tamaño muestral, con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA:</p> <p>Esta tamaño de la muestra fue 110 con un error de 0.05 (5%) y un nivel de confianza de 95%. Para la recolección de la muestra se aplicó el muestreo no probabilística por conveniencia.</p>	<p>Variable 1: Factores relacionados.</p> <p>Técnicas: observación directa de la historia clínica, entrevista</p> <p>Instrumentos: Cuestionario. Autor: Nancy Haydee Burgos López Año: 2015 Monitoreo: Ámbito de Aplicación: Forma de Administración: Entrevista</p> <p>Variable 2: Acceso a la atención prenatal Técnicas: Entrevista. Instrumentos: cuestionario. Autor: Año: 2015 Monitoreo: Ámbito de Aplicación: Forma de Administración:</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Para la confección de los datos generales se aplicó distribución de frecuencias y porcentajes. Para la determinación de la relación entre los factores relacionados y al acceso de la atención prenatal se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente para las pruebas estadísticas se aplicó la prueba de Rho de Spearman y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Asimismo, se realizó la elaboración de gráficos para establecer la relación de los factores y el acceso a la atención prenatal.</p>			

Apéndice B

Validación por juicio de expertos



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE VARIABLE 1: FACTORES ASOCIADOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: FACTOR PERSONAL								
1	¿Su último embarazo fue planificado?	✓		✓		✓		
2	¿Usted decide sobre el uso de métodos anticonceptivos?	✓		✓		✓		
3	¿Ha tenido dificultades para asistir a su atención prenatal, porque no ha recibido apoyo de su pareja?	✓		✓		✓		
4	¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, por el motivo que se ha olvidado la fecha de su cita?	✓		✓		✓		
5	¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, porque no ha podido dejar a alguien al cuidado de sus hijos o niños del hogar?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: FACTOR SOCIODEMOGRAFICO								
6	¿Cuántos años cumplidos tiene?	✓		✓		✓		
7	¿Qué grado de instrucción tiene?	✓		✓		✓		
8	¿Cuál es su estado civil?	✓		✓		✓		
9	¿Cuál es su lugar de residencia?	✓		✓		✓		
10	¿Qué idioma habla?	✓		✓		✓		
11	¿Qué tipo de seguro tiene?	✓		✓		✓		
12	¿Tenía algún seguro de salud, antes del inicio de sus atenciones prenatales?	✓		✓		✓		

DIMENSIÓN 2: FACTOR GEOGRAFICO							
13	¿Cuánto tiempo se tarda desde su casa al establecimiento de salud?	X		X		X	
14	¿Cuál es el medio de transporte que usa desde su casa al establecimiento de salud?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg. VEGA GONZALES EMILIO OSWALDO DNI: 80651413

Especialidad del validador: MAESTRIA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

..... 16 de 10 del 20 15


Emilio O. Vega Gonzales
 MAGISTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Firma del Experto Informante.

Especialidad

DIMENSIÓN 2: FACTOR GEOGRAFICO							
13	¿Cuánto tiempo se tarda desde su casa al establecimiento de salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Cuál es el medio de transporte que usa desde su casa al establecimiento de salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MILENA LÓPEZ SANCHEZ DNI: 08836183

Especialidad del validador: MAESTRIA EN EDUCACIÓN

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



6 de 10 del 20 15
 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 FACULTAD DE MEDICINA
 Mg. MILENA LÓPEZ SANCHEZ
 COORDINADORA
 UNIDAD DE POSTGRADO
 ESPECIALIDAD PROFESIONAL PARA OBSTETRAS
Firma del Experto Informante.
Especialidad

DIMENSIÓN 2: FACTOR GEOGRAFICO							
13	¿Cuánto tiempo se tarda desde su casa al establecimiento de salud?	x		x		x	
14	¿Cuál es el medio de transporte que usa desde su casa al establecimiento de salud?	x		x		x	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Instrumento Opusculo

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Dr. Sotelo Esteban, Carlos

DNI:

18168818

Especialidad del validador:

Psicología - Teórica

Limbo 24 de *10* del 20*15*

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

[Firma]



Firma del Experto Informante.

Especialidad

Apéndice C

Ficha de recolección de datos de la historia clínica

Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud

Huaral-Chancay 2015.

Id:.....

Fecha:.....

DATOS GENERALES:

1. Edad:.....

2. G.....P.....

3. Periodo intergenésico: meses

Fecha de último parto:.....

Fecha de parto anterior:

.....

4. Edad gestacional de atención prenatal:

1° APN:..... 2° APN:..... 3° APN:.....

4° APN:..... 5° APN:..... 6° APN:.....

7° APN:..... 8° APN:..... 9° APN:.....

5. N° atenciones prenatales:..... Nombre del lugar de APN.....

Apéndice D:

Cuestionario

Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud

Huaral-Chancay 2015

Id:.....

Fecha:.....

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:.....

2. Grado de instrucción:

¿Qué grado de instrucción tiene?

Ninguno ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior técnico ()

Superior universitario ()

3. Estado civil:

¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Viuda ()

4. Lugar de residencia:

¿Cuál es su lugar de residencia?

Mencionar:.....

Urbano ()

Rural ()

5. Idioma

¿Qué idioma habla?

Castellano () Quechua ()

Castellano y Quechua ()

6. Tipo de seguro de salud

¿Qué tipo de seguro tiene?

SIS ()

ESSALUD ()

No tiene ()

7. Seguro previo al inicio de la atención prenatal

¿Tenía algún seguro de salud, antes del inicio de sus atenciones prenatales?

Si () Cual.....

No ()

FACTORES PERSONALES:

8. Embarazo planificado

¿Su último embarazo fue planificado?

Si () No ()

9. Decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos

¿Usted decide sobre el uso de métodos anticonceptivos?

Si () No ()

10. Olvido de citas:

¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, por el motivo que se ha olvidado la fecha de su cita?

Si () No ()

11. Dificultad para el cuidado de los hijos

¿Alguna vez ha dejado de asistir a su atención prenatal, porque no ha podido dejar a alguien al cuidado de sus hijos?

Si () No ()

12. Poco apoyo de la pareja

¿Ha tenido dificultades para asistir a su atención prenatal, porque no ha recibido apoyo de su pareja?

Si () No ()

FACTORES GEOGRAFICOS

13. Distancia al establecimiento de salud

¿Cuánto tiempo se tarda desde su casa al establecimiento de salud?

Menor 30 min ()

30 – 60 ()

> 60 min ()

14. Medio de transporte

¿Cuál es el medio de transporte que usa desde su casa al establecimiento de salud?

Mototaxi ()

Taxi ()

Micro ()

Ambulancia ()

Caminando ()

Apéndice E
Consentimiento informado
Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud
Huaral-Chancay 2015

Investigador : Nancy Haydee Burgos López

Título : Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

CONSENTIMIENTO

Estimada señora:

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Su participación es voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar.

Participación. Para ello, se está pidiendo su participación en el estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: los procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, confidencialidad y preguntas resueltas.

Propósito del estudio. El propósito del estudio de investigación es Determinar Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

¿En qué consistirá su participación? Una vez aceptada su participación, el investigador le realizará algunas preguntas, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscare algunos datos de la investigación.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación Con respecto a los riesgos, no tendrá mayor riesgo. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si usted se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra, su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios. Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: Para la institución contar con información que nos permitirá realizar mejores estrategias para que acudan más gestantes a sus controles prenatales. Para el investigador será la mejora en sus técnicas de investigación, lo cual terminara con la culminación

de su grado académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud. En todo momento se realizarán todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto.

Confidencialidad de la información. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Problemas o preguntas. En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que la entrevistará; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con la investigadora principal Nancy Haydee Burgos López, para cualquier consulta o retiro del estudio.

Consentimiento / Participación voluntaria. Por lo expuesto acepto voluntariamente participar en este estudio. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este hospital. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

Declaración de la Paciente. He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no renuncio a mi derecho como paciente o ciudadano. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Nombre participante

DNI:.....

Firma Participante

Nombre del investigador

DNI:.....

Firma del investigador

Fecha:_____

Hora: _____

Apéndice F
Asentimiento informado (de 12 a 17 años)
Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud
Huaral-Chancay 2015

Investigador : Nancy Haydee Burgos López

Título : Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

CONSENTIMIENTO

Estimada señora:

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Su participación es voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar.

Participación. Para ello, se está pidiendo su participación en el estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: los procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, confidencialidad y preguntas resueltas.

Propósito del estudio. El propósito del estudio de investigación es Determinar Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015.

¿En qué consistirá su participación? Una vez aceptada su participación, el investigador le realizará algunas preguntas, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscare algunos datos de la investigación.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación Con respecto a los riesgos, no tendrá mayor riesgo. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si usted se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra, su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios. Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: Para la institución contar con información que nos permitirá realizar mejores estrategias para que acudan más gestantes a sus controles prenatales. Para el investigador será la mejora en sus técnicas de investigación, lo cual terminara con la culminación

de su grado académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud. En todo momento se realizarán todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto.

Confidencialidad de la información. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Problemas o preguntas. En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que la entrevistará; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con la investigadora principal Nancy Haydee Burgos López, para cualquier consulta o retiro del estudio.

Consentimiento / Participación voluntaria. Por lo expuesto acepto voluntariamente participar en este estudio. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este hospital. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

Declaración de la Paciente. He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no renuncio a mi derecho como paciente o ciudadano. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Nombre participante

DNI:.....

Firma Participante

Nombre del investigador

DNI:.....

Firma del investigador

Fecha:_____

Hora: _____

Apéndice G:

Consentimiento para participar en un estudio de investigación (padres de gestantes adolescentes)

Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

Investigador : Nancy Haydee Burgos López

Título : Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015

CONSENTIMIENTO

Estimada señor(a):

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en la Red de Salud Huaral-Chancay 2015. Su participación es voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar.

Participación. Para ello, se está pidiendo su participación en el estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: los procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, confidencialidad y preguntas resueltas.

Propósito del estudio. El propósito del estudio de investigación es Determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en la red de salud de Huaral durante el 2015?

¿En qué consistirá su participación? Una vez aceptada su participación, el investigador le realizará algunas preguntas, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscare algunos datos de la investigación.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación Con respecto a los riesgos, no tendrá mayor riesgo. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si usted se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra, su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios. Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: Para la institución contar con información que nos permitirá realizar mejores estrategias para que acudan más gestantes a sus controles prenatales. Para el investigador será la mejora en sus técnicas de investigación, lo cual terminara con la culminación

de su grado académico de Magister en Gestión de Servicios de Salud. En todo momento se realizarán todos los procedimientos acordados según protocolos establecidos en el presente proyecto.

Confidencialidad de la información. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Problemas o preguntas. En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que la entrevistará; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con la investigadora principal Nancy Burgos López, para cualquier consulta o retiro del estudio.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre participante

DNI:.....

Firma Participante

Nombre del investigador

DNI:.....

Firma del investigador

Fecha:_____

Hora: _____